



Notificación de ciertos beneficios obligatorios

Estos avisos son para informarle acerca de cierta cobertura y/o beneficios proporcionados por su contrato con UnitedHealthcare.

Mastectomía o disección de ganglios linfáticos

Estadía mínima para pacientes hospitalizados: Si debido al tratamiento del cáncer de mama, cualquier persona cubierta por este plan se somete a una mastectomía o una disección de ganglios linfáticos, este plan proporcionará cobertura para la atención médica hospitalaria por un mínimo de:

- (a) 48 horas después de una mastectomía y
- (b) 24 horas después de una disección de ganglios linfáticos.

No se requiere una cantidad mínima de horas de internación si la persona cubierta que recibe el tratamiento y el doctor tratante determinan que es apropiado un período más corto de atención hospitalaria.

Prohibiciones: No podemos (a) negar la elegibilidad o continuidad de la elegibilidad de ninguna persona cubierta o dejar de renovar este plan únicamente para evitar proporcionar las horas mínimas de internación; (b) proporcionar pagos de dinero o reembolsos para alentar a cualquier persona cubierta a aceptar menos de las horas mínimas de internación; (c) reducir o limitar la cantidad pagada al doctor tratante, o penalizar de otra manera al doctor, porque el doctor requería que una persona cubierta recibiera el mínimo de horas de internación; o (d) proporcionar incentivos económicos o de otro tipo al doctor tratante para alentar al doctor a proporcionar una atención que sea inferior a las horas mínimas.

Cobertura y/o beneficios para la cirugía reconstructiva después de la mastectomía – Inscripción

Se brindan cobertura y/o beneficios a cada persona cubierta para cirugía reconstructiva, después de una mastectomía, e incluye:

- (a) todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- (b) cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; y
- (c) prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.

La cobertura y/o los beneficios deben proporcionarse de una manera que determine que es apropiada en consulta con la persona cubierta y el doctor tratante.

Prohibiciones: Nosotros no podemos (a) ofrecer a la persona cubierta un incentivo financiero para que renuncie a la reconstrucción del seno o renuncie a la cobertura y/o los beneficios que se muestran arriba; (b) condicionar, limitar o negar la elegibilidad de cualquier persona cubierta o la elegibilidad continua para inscribirse en el plan o no renovar este plan únicamente para evitar brindar la cobertura y/o los beneficios que se muestran arriba; o (c) reducir o limitar la cantidad pagada al doctor o proveedor, ni penalizar de otra manera, o proporcionar un incentivo financiero para inducir al doctor o proveedor a brindar atención médica a una persona cubierta de una manera inconsistente con la cobertura y/o los beneficios arriba mencionados.

Cobertura y/o beneficios para la cirugía reconstructiva después de la mastectomía – Anual

Su contrato, según lo exige la Ley Federal de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía (incluyendo el linfedema).

Exámenes para la detección del cáncer de próstata

Se proporcionan beneficios para cada hombre cubierto por un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección de cáncer de próstata. Beneficios incluidos:

- (a) un examen físico para la detección de cáncer de próstata; y
- (b) una prueba de antígeno prostático específico para cada hombre que es
 - (1) por lo menos de 50 años de edad; o
 - (2) por lo menos de 40 años de edad con una historia familiar de cáncer de próstata u otros factores de riesgo para el cáncer de próstata.

Cobertura de las pruebas para la detección del cáncer colorrectal

Se proporcionan beneficios para cada persona inscrita en el plan que tenga 50 años de edad o más y tenga un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon para los gastos incurridos al realizar un examen de detección médicamente reconocido para la detección de cáncer colorrectal. Los beneficios incluyen la elección de la persona cubierta de:

- (a) una prueba de sangre oculta en las heces realizada anualmente y una sigmoidoscopia flexible realizada cada cinco años, o
- (b) una colonoscopia y se lleva a cabo cada 10 años.

Estancia hospitalaria después del nacimiento de un niño

Para cada persona cubierta por los beneficios de maternidad/parto, brindaremos atención médica hospitalaria para la madre y su bebé recién nacido en un centro de atención médica por un mínimo de:

- (a) 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y
- (b) 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea.

Este beneficio no requiere que una mujer cubierta que sea elegible para beneficios de maternidad/parto, (a) dé a luz en un hospital u otro centro de atención médica o (b) permanezca en un hospital u otro centro de atención médica durante el número mínimo de horas siguientes nacimiento del bebé.

Si una madre cubierta o su bebé recién nacido se dan de alta antes que hayan transcurrido las 48 o 96 horas, nosotros proporcionaremos cobertura para la atención médica posterior al parto. La atención médica posterior al parto incluye educación para los padres, asistencia y capacitación en lactancia y alimentación con biberón y las pruebas clínicas necesarias y apropiadas. La atención médica será proporcionada por un doctor, una enfermera titulada u otro proveedor de atención médica autorizado y la madre tendrá la opción de recibir la atención médica en su hogar, el consultorio del proveedor de atención médica o en un centro de atención médica.

Prohibiciones: Nosotros no podemos (a) modificar los términos de esta cobertura en base a que cualquier persona cubierta solicite menos de la cobertura mínima requerida; (b) ofrecer a la madre incentivos económicos u otra compensación por la exención del número mínimo de horas requeridas; (c) negarse a aceptar la recomendación de un doctor para un período específico de atención médica hospitalaria realizada en consulta con la madre si el período recomendado por el doctor no excede las guías para la atención médica prenatal desarrolladas por asociaciones profesionales de obstetras y ginecólogos o pediatras reconocidas a nivel nacional; (d) reducir los pagos o reembolsos por debajo de la tasa habitual y comúnmente empleada; o (f) sancionar a un doctor por recomendar cuidados hospitalarios para la madre y/o el recién nacido.

Cobertura de las pruebas para la detección del cáncer colorrectal

Se proporcionan beneficios, para cada persona inscrita en el plan que tenga 50 años de edad o más y tenga un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon, para los gastos incurridos al realizar un examen de detección médicamente reconocido para la detección de cáncer colorrectal. Los beneficios incluyen la elección de la persona cubierta para:

- (a) una prueba de sangre oculta en las heces realizada anualmente y una sigmoidoscopia flexible realizada cada cinco años, o
- (b) una colonoscopia practicada cada 10 años.

Cobertura de pruebas para la detección del virus del papiloma humano, cáncer de ovario y cáncer de cuello uterino

Se proporciona cobertura para cada mujer inscrita en el plan que tenga 18 años de edad o más para los gastos incurridos por un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección temprana de cáncer de ovario y cuello uterino. La cobertura requerida bajo esta sección incluye una prueba de sangre CA 125 y como mínimo, una prueba de Papanicolaou convencional o una prueba usando métodos de citología de base líquida, según lo aprobado por la FDA, solo o en combinación con una prueba aprobada por la FDA para la detección del virus del papiloma humano.

Si alguna persona cubierta por este plan tiene preguntas acerca de lo anterior, llame a UnitedHealthcare al número gratuito que se anota en la tarjeta de identificación de su plan de salud (TTY/RTT 711) o escribanos a PO BOX 740800, Atlanta, GA 30374-0800.



AVISO DE NUMERO TELEFONICO GRATIS ESPECIAL PARA QUEJAS

PARA SOMETER UNA QUEJA ACERCA DE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO PRIVADO, DE CENTRO TRATAMIENTO PARA LA DEPENDENCIA QUIMICA, DE SERVICIOS PSIQUIATRICOS O DE DEPENDENCIA QUIMICA EN UN HOSPITAL GENERAL, LLAME A:

1-800-832-9623

Su queja sera referida a la agencia estatal que regula la hospital o centro de tratamiento para la dependencia quimica.