



Kentucky



Le damos la bienvenida a la comunidad

UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky

United
Healthcare
Community Plan

Para empezar

Queremos que obtenga el máximo beneficio de su plan de salud de inmediato. Comience con estos tres sencillos pasos:

1. Llame a su proveedor de atención primaria (PCP) y programe un chequeo

Los controles habituales son importantes para una buena salud. Si no conoce el número de su médico de cabecera, o si desea ayuda para programar un chequeo, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**. Estamos aquí para ayudarlo.

2. Complete su evaluación de salud

Esta es una forma rápida y sencilla de obtener un panorama general de su salud y estilo de vida actual. Nos ayuda a conectarlo con los beneficios y servicios que tiene disponibles. Visite www.myuhc.com/communityplan/HealthWellness para completar la evaluación de salud hoy mismo. Pronto lo llamaremos para darle la bienvenida al plan de UnitedHealthcare Community Plan. Durante esta llamada, podemos explicarle los beneficios de su plan de salud. También podemos ayudarlo a completar la evaluación de salud por teléfono. Consulte la página 14 para obtener más información sobre su evaluación de salud.

3. Conozca su plan de salud

Puede encontrar las respuestas a la mayoría de las preguntas en myuhc.com/CommunityPlan. Nuestro sitio web seguro para miembros ofrece acceso a los detalles del plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Su guía de referencia rápida de Medicaid

Quiero:	Puedo ponerme en contacto con:
Encontrar un médico, dentista, especialista o servicio de atención de la salud	Su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Si necesita ayuda para elegir un médico de cabecera, llame a Servicios para Miembros al 1-866-293-1796 .
Obtener la información de este manual en otro formato o idioma	Servicios para Miembros al 1-866-293-1796
Realizar un mejor seguimiento de mis citas y servicios de salud	Su PCP o Servicios para Miembros de su plan de salud al 1-866-293-1796 , TTY 711 .
Obtener ayuda para ir y volver de las citas con mi médico	Servicios para Miembros en su plan de salud. También puede encontrar más información sobre los Servicios de transporte en este manual.
Obtener ayuda para manejar mi estrés o ansiedad	Su Plan de Atención Administrada, en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si está en peligro o necesita atención médica inmediata, llame al 911 . Línea directa de salud conductual, al 1-855-789-1977 .
Obtener respuestas a preguntas o inquietudes básicas sobre mi salud, síntomas o medicamentos	Línea de enfermería de su Plan de Atención Administrada, en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o hable con su médico de cabecera. 1-800-985-3856 , TTY 711
<ul style="list-style-type: none"> • Comprender una carta o aviso que recibí por correo de mi plan de salud • Presentar una queja sobre mi plan de salud • Obtener ayuda con un cambio reciente o la denegación de mis servicios de atención de la salud 	Servicios para Miembros al 1-866-293-1796 o al programa Medicaid Managed Care Ombudsman Program al número gratuito 1-800-372-2973 . También puede encontrar más información sobre el Ombudsman Program en este manual.
Actualizar mi dirección	Llame a su oficina local del Departamento de Servicios Comunitarios (Department for Community Based Services, DCBS) para informar un cambio de dirección al 502-564-3703. También puede encontrar una lista de oficinas en el siguiente enlace del sitio web: https://kynect.ky.gov/benefits/s/find-dcbs-office?language=en_US
Buscar un Directorio de proveedores de mi plan de salud u otra información general sobre mi plan	Servicios para Miembros al 1-866-293-1796 o en UHCommunityPlan.com

Índice

Para empezar	2
1. Llame a su Proveedor de atención primaria (PCP) y programe un chequeo	2
2. Complete su evaluación de salud	2
3. Conozca su plan de salud	2
Su guía de referencia rápida de Medicaid	3
Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky	7
Cómo utilizar este manual	8
Ayuda de Servicios para Miembros	8
Ayuda y servicios auxiliares	9
Renueve su cobertura	10
Su tarjeta de identificación del plan de salud	10
Descubra su plan en línea	11
Parte I: Primeros aspectos que debe saber	12
Cómo elegir a su proveedor de atención primaria	12
Cómo cambiar de PCP	13
Complete su evaluación de salud	14
Cómo obtener atención de la salud	14
Cómo obtener atención especializada: referidos	16
Proveedores fuera de la red	16
Servicios sin referido	17
Segundas opiniones	17
Emergencias	18
Atención de urgencia	19
Servicios hospitalarios	19

4 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

Parte II: Sus beneficios	21
Beneficios	21
Servicios cubiertos por la red de su plan de salud	22
Atención de la salud regular	22
Servicios dentales	22
Atención de maternidad	23
Atención hospitalaria	23
Servicios de salud en el hogar	23
Servicios de atención personal/Enfermería privada	24
Atención en centros de cuidados para enfermos terminales	24
Atención de la vista	24
Farmacia	24
Atención de emergencia	25
Atención de especialidades	25
Servicios de residencias para ancianos	25
Servicios de salud conductual y servicios de trastorno por consumo de sustancias	26
Servicios de transporte	27
Planificación familiar	28
Otros servicios cubiertos	28
Beneficios ofrecidos por el estado	29
Apoyo adicional para controlar su salud	29
Ayuda con problemas que van más allá de la atención médica	30
Otros programas para ayudarlo a mantenerse saludable	31
Beneficios que puede obtener de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky o de un proveedor de Medicaid	32
Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT)	32
Servicios sin cobertura	33
Evaluación de nueva tecnología	34
Si recibe una factura	34
Copago de miembro	34

Parte III: Procedimientos del plan	35
Autorizaciones de servicios y medidas	35
Solicitudes de autorización de servicio para niños menores de 21 años	36
Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicios	36
Autorización previa y plazos	37
Para personas con discapacidades	37
Cómo puede ayudar con las políticas del plan de salud	38
Apelaciones	38
Plazos para las apelaciones	39
Su atención mientras espera una decisión	40
Audiencias imparciales	41
Si no está satisfecho con su plan de salud	41
¿Qué sucede después?	42
Su atención cuando cambia de plan de salud o de médico (transición de atención)	42
Continuidad de la atención si su PCP se retira de la red	43
Derechos y responsabilidades de los miembros	44
Sus derechos	44
Sus responsabilidades	45
Opciones de cancelación de la inscripción	45
Directrices Anticipadas	47
Testamento en vida	47
Poder notarial para atención de la salud	48
Fraude, malgasto y abuso	48
Números de teléfono importantes	49
Manténganos informados	50
Medicaid Managed Care Ombudsman Program	50
Palabras clave utilizadas en este manual	52
Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad	56

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky

Este manual será su guía para todo el rango de servicios de atención de la salud de Medicaid disponibles para usted.

Si tiene preguntas acerca de la información en su paquete de bienvenida, este manual o su plan de salud, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796** o visite nuestro sitio web en UHCCommunityPlan.com. También podemos ayudarlo a concertar una cita con su médico y proporcionarle más información sobre los servicios que puede obtener con su nuevo plan de salud.

Si tiene Medicaid de elegibilidad presuntiva, es temporal. Para mantener los beneficios de Medicaid, le recomendamos que llene una solicitud completa de Medicaid antes de que finalice su cobertura de elegibilidad presuntiva. Si tiene preguntas sobre la elegibilidad presuntiva, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**. Para llenar una solicitud completa de Medicaid, solicítela en línea en Kynect.ky.gov o llame al **1-855-306-8959**.

Cómo funciona la atención administrada. El plan, nuestros proveedores y usted.

- Muchas personas obtienen sus beneficios para la salud a través de la atención administrada, que funciona como un hogar central para su salud. La atención administrada ayuda a coordinar y administrar todas sus necesidades de atención de la salud.
- UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky tiene un contrato con el Departamento de Servicios de Medicaid de Kentucky para satisfacer las necesidades de atención de la salud de las personas con Medicaid de Kentucky. A su vez, UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky se asocia con un grupo de proveedores de atención médica para ayudarnos a satisfacer sus necesidades. Estos proveedores (médicos, terapeutas, especialistas, hospitales, proveedores de atención domiciliaria y demás instalaciones de atención médica) forman nuestra **red de proveedores**. Encontrará una lista en nuestro Directorio de proveedores. Puede visitar nuestro sitio web, UHCCommunityPlan.com, para encontrar el Directorio de proveedores. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener una copia del Directorio de proveedores.
- Cuando se une a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky, nuestros proveedores están allí para ayudarlo. La mayor parte del tiempo, esa persona será su médico de atención primaria (primary care provider, PCP). Si necesita hacerse una prueba, consultar a un especialista o ir a un hospital, su PCP puede ayudarlo.

¿Tiene alguna pregunta? Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY 711.

7

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky

- Su PCP se encuentra disponible de día y de noche. Si necesita hablar con él fuera de horas de consulta o durante los fines de semana, deje un mensaje y la manera de localizarlo. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Aunque su PCP es su fuente principal de atención de la salud, en algunos casos, puede consultar a otros médicos para obtener algunos servicios, sin preguntarle a su PCP.

Cómo usar este manual

Este manual le dirá cómo funcionará su Plan de Atención Administrada. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le explica los pasos que debe seguir para que el plan funcione.

Las primeras páginas describen lo que necesita saber de inmediato. Utilícelo como referencia o revíselo poco a poco.

Cuando tenga una pregunta, consulte este manual o llame a su Proveedor de atención primaria (PCP) o a Servicios para Miembros. También puede visitar nuestro sitio web UHCCommunityPlan.com.

Ayuda de Servicios para Miembros

Hay alguien que lo puede ayudar. Solo comuníquese con Servicios para Miembros.

- Para obtener ayuda con cuestiones y preguntas que no sean de emergencia, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. hora del Este, de lunes a viernes. Hay disponibles servicios de intérprete y línea de idiomas.
- En caso de una emergencia médica, llame al **911**.
- **Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda cada vez que tenga una consulta.** También puede llamarnos para elegir o cambiar de proveedor de atención primaria (PCP), preguntar sobre beneficios y servicios, obtener ayuda con referidos, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar el nacimiento de un nuevo bebé o preguntar sobre cualquier cambio u otro asunto que pueda afectar sus beneficios o los de su familia.
- Si está o llegara a estar embarazada, su hijo formará parte de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky el día de su nacimiento. Debe llamarnos a nosotros y a su oficina local del Departamento de Servicios Comunitarios de inmediato si está embarazada y si necesita ayuda para elegir un médico para usted y su bebé antes de que nazca. Esto también nos dará la oportunidad de conectarlo con otros recursos para ayudarlo durante y después de su embarazo.
- **Si el inglés no es su lengua materna (o si está leyéndole esto a alguien que no lee inglés), podemos ayudarlo.** Deseamos que aprenda a usar su plan de salud sin importar qué idioma habla. Solo llámenos y encontraremos una manera de comunicarnos en su propio idioma. Tenemos un grupo de personas que puede ayudarlo.

8 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky

- **Para personas con discapacidades:** si usa una silla de ruedas o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Si está leyendo esto para alguien que es ciego, sordo ciego o tiene dificultades de la vista, también podemos ayudarlo. Podemos informarle si un determinado consultorio médico tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos de comunicación especiales. Además, tenemos servicios como:
 - Máquina TTY. Nuestro número de teléfono de texto es **711**.
 - Información en letra grande
 - Ayuda para concertar o llegar a las citas
 - Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su afección

Ayuda y servicios auxiliares

Si tiene una discapacidad auditiva, visual o del habla, tiene derecho a recibir información sobre su plan de salud, atención y servicios en un formato que pueda comprender y al que pueda acceder. Proporcionamos ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

- Una Máquina TTY. Nuestro número de teléfono de texto es **711**.
- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidense calificados
- Subtítulos
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)

Estos servicios están disponibles para miembros con discapacidades de forma gratuita. Para solicitar ayudas o servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796** o TTY (para personas con problemas de audición) **711**.

Kentucky Medicaid cumple con las leyes federales de derechos civiles y no excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Si cree que UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky no proporcionó estos servicios, puede presentar una queja. Para presentar una queja o para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796** o TTY (para personas con problemas de audición) **711**.

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky

Renueve su cobertura

Si desea conservar sus beneficios, debe renovar su inscripción en Medicaid cada año. Antes del vencimiento, el Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS) le enviará por correo un recordatorio de "Aviso de Renovación". Para renovar, puede llamar a DCBS al **1-855-306-8959**, o ingresar en [Kynect.ky.gov](https://kynect.ky.gov) o enviar una copia de la solicitud por correo a:

DCBS Family Support
P.O. Box 2104
Frankfort, KY 40602

o envíe la carta por fax al 502-573-2007

Una vez que complete la entrevista, recibirá una solicitud impresa. Firme y envíe por correo la solicitud completada a DCBS. Si tiene preguntas sobre la renovación, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

Su tarjeta de identificación del plan de salud

Su tarjeta de identificación del plan de salud se le envía por correo junto con su paquete de bienvenida y el Manual del Miembro dentro de los 5 días posteriores a su inscripción en su plan de salud. Utilizamos la dirección postal registrada en su Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS) local para asegurarnos de que su dirección sea correcta y esté actualizada.

Esta tendrá impreso el nombre y el número de teléfono de su PCP (médico de atención primaria). También tendrá su número de identificación de Medicaid e información sobre cómo puede comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta. Si hay algún problema en su tarjeta de identificación, llame inmediatamente al **1-866-293-1796**.

Si pierde su tarjeta, podemos ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY (para personas con dificultades auditivas) **711**. Lleve siempre la tarjeta de identificación con usted y muéstrela cada vez que reciba atención.

 Health Plan (80840) 911-87726-04 Member ID: 001500005 Group Number: KYXXX Member: NEW M ENGLISH Payer ID: 87726 Medicaid ID: 9999999995 PCP Name: GETWELL PCP Phone: (717)851-6816	 Rx Bin: 023880 Rx Grp: KYM01 Rx PCN: KYPROD1
0501 UnitedHealthcare Community Plan Administered by UnitedHealthcare of Kentucky Ltd	

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 03/14/2022	
	
This card does not guarantee coverage. To verify benefits or to find a provider, visit the website myuhc.com/communityplan or call.	
For Members:	866-293-1796 TTY 711
NurseLine:	800-985-3856 TTY 711
Behavioral Health:	855-789-1977 TTY 711
For Providers:	UHCprovider.com 866-633-4449
Medical Claims:	PO Box 5270, Kingston, NY, 12402-5270
For Dental Providers:	uhcdental.com 877-897-4941
For Pharmacy: Member & Provider Assistance 24/7:	800-210-7628
Prior Authorization:	8AM-7PM ET: 844-336-2676

10 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

Descubra su plan en línea

Motivos excelentes para usar myuhc.com/CommunityPlan

- Buscar beneficios
- Buscar un médico
- Imprima una tarjeta de identificación
- Encontrar un hospital
- Completar su evaluación de salud
- Llevar un registro de sus antecedentes médicos
- Ver historial de reclamaciones
- Aprender a mantenerse saludable

Regístrese en myuhc.com/CommunityPlan hoy

Registrarse es fácil y rápido. ¡Inscríbese hoy! Simplemente visite myuhc.com/CommunityPlan. Seleccione “Register” (Registrarse) en la página de inicio y siga las sencillas instrucciones. Usted está a solo unos pocos clics de acceder a todo tipo de información. Obtenga más de su atención médica. Las herramientas y las nuevas características pueden ahorrarle tiempo y ayudarlo a mantenerse saludable. El uso del sitio es gratuito.

Si está inscrito en un programa de Administración de la atención, puede acceder a su plan de atención y a las evaluaciones que usted y su administrador de atención completan en myuhc.com.

Aplicación de UnitedHealthcare®

UnitedHealthcare Community Plan tiene una nueva aplicación para miembros: la aplicación de UnitedHealthcare. Está disponible para tabletas y teléfonos inteligentes Apple® o Android®. UnitedHealthcare le permite hacer lo siguiente:

- Encontrar un médico, una sala de emergencias o un centro de atención de urgencia cercano
- Ver su tarjeta de identificación
- Completar su evaluación de salud
- Leer su manual
- Conocer nuestros beneficios
- Comunicarse con Servicio al Cliente

Vaya a **App Store** en su iPhone o a **Google Play** en su dispositivo móvil con Android. Instale la aplicación de UnitedHealthcare. Utilice la información de su tarjeta de identificación de miembro para registrarse. O inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña de myuhc.com. ¡Y estará en camino!



¿Le interesa recibir documentos digitales, correos electrónicos y mensajes de texto? Actualice sus preferencias aquí: myuhc.com/CommunityPlan/preference. Regístrese en línea para ver los beneficios, encontrar un PCP y actualizar sus preferencias de comunicación para recibir correos electrónicos y notificaciones de texto.

Parte I: Primeros aspectos que debe saber

Cómo elegir a su proveedor de atención primaria

Su proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, enfermero practicante, asistente médico u otro tipo de proveedor que cuidará de su salud, gestionará sus necesidades y lo ayudará a obtener referidos para servicios especiales si los necesita. Cuando se inscriba, podrá elegir su propio PCP. Para elegir su PCP, llame a Servicios para Miembros. Si usted no elige un PCP, nosotros lo elegiremos por usted. Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su PCP en su tarjeta de identificación. (Consulte “Cómo cambiar su PCP” para saber cómo puede cambiar su PCP). Aún tiene acceso a la atención antes de asignar o elegir un PCP.

Cuando tenga que elegir un PCP, es posible que desee encontrar un PCP que:

- Lo haya visto antes.
- Comprenda sus problemas de salud.
- Reciba pacientes nuevos.
- Hable su idioma.
- Tenga consultorio fácilmente accesible.

Puede localizar a los proveedores participantes de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky llamando a Servicios para Miembros por teléfono o a través de nuestro sitio web en línea en myuhc.com/CommunityPlan y utilizando la herramienta de búsqueda Find-a-Doc. Si desea que se le envíe un directorio impreso por correo a su casa, debe llamar a Servicios para Miembros para solicitar uno. También puede obtener información sobre médicos de la red, como certificaciones de juntas médicas e idiomas que hablan, en myuhc.com/CommunityPlan, o llamando a Servicios para Miembros. Podemos brindarle la siguiente información:

- Su nombre, dirección y número de teléfono.
- Calificaciones profesionales.
- Especialidad.
- Facultad de medicina a la que asistieron.
- Finalización de residencia.
- Estado de la certificación de la junta médica.

Parte I: Primeros aspectos que debe saber

Cada miembro de la familia inscrito en UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky puede tener un PCP diferente o puede elegir un PCP que atienda a toda la familia. Un pediatra atiende a los niños. Los médicos de medicina familiar atienden a toda la familia. Los médicos de medicina interna atienden a los adultos. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796** para obtener ayuda para elegir un PCP adecuado para usted y su familia.

- Las mujeres pueden elegir un obstetra/ginecólogo para que actúe como su médico de cabecera. Las mujeres no necesitan un referido del médico de cabecera para ver a un médico ginecólogo/obstetra del plan u otro proveedor que ofrezca servicios de atención de la salud para mujeres.
- Las mujeres pueden realizarse controles de rutina, atención de seguimiento si es necesario y atención regular durante el embarazo. Después de dar a luz a su bebé, tiene cobertura durante un año para ver a su médico y para recibir atención de seguimiento.
- Si tiene una afección médica difícil o una necesidad de atención de la salud especial, es posible que pueda elegir a un especialista para que actúe como su PCP.

Si su proveedor abandona nuestra red de proveedores, le informaremos en un plazo de 15 días a partir del momento en que tengamos conocimiento de esto si era su PCP y en un plazo de 30 días para cualquier otro proveedor. Si el proveedor que abandona la red es su PCP, nos pondremos en contacto con usted para ayudarlo a elegir otro PCP.

Cómo cambiar de PCP

Puede encontrar el nombre y la información de contacto de su Proveedor de atención primaria (PCP) en su tarjeta de identificación. Puede cambiar su PCP asignado en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que reciba su tarjeta de identificación. Solo comuníquese con Servicios para Miembros. Después de eso, puede cambiar su PCP hasta una vez al año sin dar ninguna razón para el cambio.

Si desea cambiar su PCP más de una vez al año, puede cambiarlo en cualquier momento si tiene un buen motivo (justa causa). Por ejemplo, puede tener una justa causa si:

- No está de acuerdo con su plan de tratamiento.
- Su PCP se traslada a una ubicación diferente que no le resulta conveniente.
- Tiene problemas para comunicarse con su PCP debido a una barrera lingüística u otro problema de comunicación.
- Su PCP no puede satisfacer sus necesidades especiales.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo puede cambiar de PCP al **1-866-293-1796**.

Parte I: Primeros aspectos que debe saber

Complete su evaluación de salud

Esta es una forma rápida y sencilla de obtener un panorama general de su salud y estilo de vida actual. Nos ayuda a conectarlo con los beneficios y servicios que tiene disponibles. Tómese unos minutos para completar la evaluación de salud en www.myuhc.com/communityplan/HealthWellness.

Haga clic en el botón Health Assessment (Evaluación de salud) en el lado derecho de la página después de registrarse o iniciar sesión. O llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**, para completarlo por teléfono.

Cómo obtener atención de la salud

“Atención de la salud regular” significa exámenes, chequeos regulares, vacunas u otros tratamientos para ayudarlo a estar bien, darle un consejo cuando lo necesita y referirlo a un hospital o especialista cuando sea necesario. Significa que usted y su Proveedor de atención primaria (PCP) trabajan juntos para ayudarlo a estar bien o para ver que recibe la atención médica que necesita.

Asegúrese de llamar a su PCP cada vez que tenga una pregunta o inquietud médica. Si llama fuera del horario de atención o los fines de semana, deje un mensaje que indique dónde o cómo localizarlo. Su PCP lo llamará tan pronto como sea posible. Recuerde, su PCP lo conoce y sabe cómo funciona su plan de salud.

Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica, pero usted debe concertar una cita con él. Si no puede llegar a una cita, llame a su PCP para hacérselo saber.

Programar su primera cita regular de atención de la salud

Tan pronto como elija su PCP o le asignen uno, llame para concertar una cita. Hay varias cosas que puede hacer para ayudar a su PCP a conocerlo a usted y sus necesidades de atención de la salud. Su PCP necesitará saber todo lo que pueda contarle sobre su historial médico. Haga una lista de sus antecedentes médicos, problemas que tenga y las preguntas que desee formularle a su PCP. Lleve los medicamentos y suplementos que esté tomando. En la mayoría de los casos, su primera visita debe realizarse dentro de los tres primeros meses de haberse afiliado al plan de salud.

Si necesita atención médica antes de su primera cita

Llame al consultorio de su PCP para explicar su inquietud. Su PCP le dará una cita anticipada. Deberá acudir a la primera cita para hablar sobre sus antecedentes médicos y hacer preguntas.

Es importante que pueda visitar a un médico en un plazo razonable, según el motivo de la cita. Cuando llame para solicitar una cita, utilice la Guía de citas de la página siguiente para saber cuánto tiempo puede tener que esperar para que lo atiendan.

14 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

Parte I: Primeros aspectos que debe saber

Guía de citas	
Si llama por este tipo de servicio:	Su cita debe tener lugar:
Atención preventiva para adultos (servicios como chequeos médicos de rutina, vacunas o chequeos dentales)	Dentro de los 30 días
Servicios de atención de urgencia (atención por problemas como esguinces, síntomas gripales o cortes menores, heridas y dolores de muelas)	Dentro de las 48 horas
Atención de emergencia o urgente solicitada después del horario de atención normal	Inmediatamente (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año)
Salud mental	
Servicios de rutina	Dentro de los 30 días
Servicios de atención de urgencia	Dentro de las 48 horas
Servicios de emergencia (servicios para tratar una afección potencialmente mortal)	Inmediatamente (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año)
Servicios móviles de manejo de crisis.	En 30 minutos
Trastornos por consumo de sustancias	
Servicios de rutina	Dentro de los 30 días
Servicios de atención de urgencia	Dentro de las 48 horas
Servicios de emergencia (servicios para tratar una afección potencialmente mortal)	Inmediatamente (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año)

Si tiene problemas para recibir la atención que necesita dentro de los plazos descritos anteriormente, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**.

Cómo obtener atención especializada: referidos

- Si necesita atención que su PCP no puede brindarle, este lo referirá a un especialista. Un especialista es un médico que está capacitado y ejerce en un área específica de la medicina (como un cardiólogo o un cirujano). Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan los referidos.
- Si cree que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarlo si necesita consultar a otro especialista.
- Existen algunos tratamientos y servicios sobre los que su PCP debe solicitarnos aprobación antes de que podamos pagarlos para que usted los reciba. Su PCP podrá decirle cuáles son o puede comunicarse con Servicios para Miembros si tiene preguntas.
- Si tiene problemas para obtener un referido que cree que necesita, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda darle la atención que necesita, lo referiremos a un especialista fuera de nuestro plan. Esto se denomina referido fuera de la red. Su PCP u otro proveedor de la red debe solicitar aprobación antes de que paguemos para que usted acuda a un proveedor fuera de la red.
- A veces, no aprobaremos un referido fuera de la red porque tenemos un proveedor en nuestra red que puede atenderlo. Si no está de acuerdo con la decisión de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky, puede **apelar** nuestra decisión. Consulte la página 38 para saber cómo hacerlo.
- A veces, no aprobaremos un referido fuera de la red para un tratamiento específico porque usted solicitó atención que no es muy diferente de la que puede obtener de nuestro proveedor. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede **apelarla**. Consulte la página 38 para saber cómo hacerlo.
- Si tiene una afección médica compleja o una necesidad de atención de la salud especial, es posible que pueda elegir a un especialista para que actúe como su PCP. Llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros.

Proveedores fuera de la red

Si no tenemos un especialista en nuestra red de proveedores que pueda darle la atención que necesita, le brindaremos esa atención de un especialista fuera de nuestro plan, o un **proveedor fuera de la red**. Para obtener ayuda y más información sobre cómo obtener servicios de un proveedor fuera de la red, hable con su proveedor de atención primaria (PCP) o llame al **1-866-293-1796**.

Servicios sin referido

Para recibir estos servicios no se necesita un referido:

- Proveedor de atención primaria (PCP)
- Atención primaria de la vista
- Atención primaria dental
- Planificación familiar
- Atención de maternidad
- Atención de la salud para la mujer
- Exámenes infantiles y servicios del departamento de salud local
- Detección, evaluación y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- Pruebas de VIH, afecciones relacionadas con el VIH y otras enfermedades transmisibles
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de salud conductual

Segundas opiniones

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitar una segunda opinión sobre un tratamiento o procedimiento y UnitedHealthcare Community Plan cubrirá ese costo. Usted trabajará con su PCP para ser referido a otro proveedor de atención dentro de la red. El proveedor de atención que dé la segunda opinión no debe estar afiliado con el proveedor de atención que lo atiende. Si no hay un proveedor dentro de la red disponible, UnitedHealthcare Community Plan organizará una consulta con un proveedor no participante.

Una vez que se haya dado la segunda opinión, usted hablará sobre la información de ambas evaluaciones con su PCP. Si se recomienda atención de seguimiento, debe reunirse con su médico de cabecera antes de recibir el tratamiento.

Emergencias

Usted siempre está cubierto para emergencias. Una afección médica de emergencia es una situación en la que su vida podría verse amenazada, o podría lesionarse de forma permanente si no recibe atención médica de inmediato. Algunos ejemplos de una emergencia son:

- ataque cardíaco o dolor intenso en el pecho;
- sangrado que no se detiene o quemadura grave;
- fracturas óseas;
- dificultad para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento;
- cuando siente que puede herirse a sí mismo o a los demás;
- si está embarazada y tiene signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos;
- sobredosis de drogas.

Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia más cercana.

- No necesita la aprobación de su PCP o de su plan para recibir atención de emergencia y no es necesario que utilice nuestros hospitales o médicos.
- Si no está seguro, llame a su PCP o al número gratuito de la línea NurseLine, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1-800-985-3856**.
- Dígale a la persona con la que habla lo que le sucede. Ellos pueden:
 - decirle qué hacer en casa;
 - proponerle venir al consultorio del PCP;
 - decirle que vaya a la sala de emergencia o de atención de urgencias más cercana.
- Si se encuentra fuera del área cuando tiene una emergencia:
 - diríjase a la sala de emergencia más cercana.

Recuerde lo siguiente: Utilice la sala de emergencia solo si tiene una emergencia.

Ejemplos de **no emergencias** son resfríos, problemas estomacales, cortaduras menores y moretones.

Atención de urgencia

Es posible que tenga un daño o enfermedad que no sea una emergencia, pero que necesita atención inmediata. Esto podría ser:

- Un niño con dolor de oídos que se despierta en el medio de la noche y no deja de llorar.
- La gripe o si necesita sutura.
- Un esguince de tobillo o una astilla difícil de sacar.

Puede acudir a una clínica de urgencias para recibir atención el mismo día o concertar una cita para el día siguiente. Ya sea que esté en su casa o lejos de ella, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede localizar a su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**. Explíquelo a la persona que atienda su llamada lo que sucede. Le dirá lo que debe hacer.

Servicios hospitalarios

Hay ocasiones en las que su salud puede requerir que vaya al hospital. Hay servicios hospitalarios tanto para pacientes internados como para pacientes ambulatorios.

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen radiografías, análisis de laboratorio y cirugías menores. Su Proveedor de Atención Primaria le dirá si necesita servicios ambulatorios. En el consultorio de su médico, pueden ayudarlo a programarlos.

Los servicios para pacientes internados requieren que pase la noche en el hospital. Estos pueden incluir el tratamiento de enfermedades graves, intervenciones quirúrgicas o el nacimiento de un bebé.

Los servicios para pacientes internados requieren que sea admitido (lo que se denomina admisión hospitalaria) en el hospital. El hospital se pondrá en contacto con nosotros y pedirá autorización para su atención. Si el médico que lo admite en el hospital no es su PCP, debe llamar a su PCP y comunicarle que será admitido en el hospital.

Visitas al hospital

Solo debe ir al hospital si necesita atención de emergencia o si su médico le ha indicado que vaya.

Atención fuera de Kentucky

En algunos casos, podemos pagar los servicios de atención de la salud que usted reciba de un proveedor ubicado a lo largo de la frontera de Kentucky o en otro estado. Podemos brindarle más información sobre qué proveedores y servicios están cubiertos fuera de Kentucky y cómo puede obtenerlos si es necesario.

- Si necesita atención de emergencia médicamente necesaria mientras viaja a cualquier lugar dentro de los Estados Unidos, pagaremos por su atención.
- No pagaremos la atención recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo recibir atención fuera de Kentucky o los Estados Unidos, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**.

Parte II: Sus beneficios

El resto de este manual es para su información cuando lo necesite. Enumera los servicios cubiertos y no cubiertos. Si tiene problemas, el manual le indica qué hacer. El manual tiene otra información que puede resultarle de utilidad. Téngalo a mano en caso de que lo necesite.

Beneficios

Kentucky Medicaid Managed Care proporciona beneficios o servicios de atención de la salud cubiertos por su plan de salud. Sus beneficios para la salud pueden ayudarlo a mantenerse lo más saludable posible. Proporcionaremos o coordinaremos la mayoría de los servicios que necesite. Por ejemplo, podemos ayudarlo si:

- Necesita un tratamiento dental.
- Necesita un examen físico o vacunas.
- Tiene una afección médica (cosas como diabetes, cáncer, problemas cardíacos).
- Está embarazada.
- Está enfermo o lesionado.
- Experimenta un trastorno por consumo de sustancias o tiene necesidades de salud conductual.
- Necesita asistencia con tareas como comer, bañarse, vestirse u otras actividades de la vida diaria.
- Necesita ayuda para llegar a la consulta del médico.
- Necesita medicamentos.

La siguiente sección describe los servicios específicos cubiertos por Medicaid. Consulte a su Proveedor de Atención Primaria (PCP) o llame a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.

Parte II: Sus beneficios

Servicios cubiertos por la red de su plan de salud

La siguiente sección describe los servicios específicos cubiertos por Medicaid. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796** si tiene preguntas sobre sus beneficios.

Deberá obtener estos servicios de los proveedores que participen en nuestra red.

Los servicios deben ser médicamente necesarios y proporcionados, administrados o referidos por su PCP. Hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con algún servicio de salud.

Atención de la salud regular

- Visitas al consultorio con su PCP, incluidas revisiones periódicas, análisis de laboratorio y pruebas de rutina
- Remisiones a especialistas
- Evaluaciones dentales/exámenes de ojos/oídos
- Atención para el bienestar del bebé
- Atención del bienestar del niño
- Inmunizaciones (vacunas) para niños y adultos
- Servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (early and periodic screening, diagnostic and treatment, EPSDT) para miembros menores de 21 años de edad. Consulte la página 32 para obtener más información sobre los servicios EPSDT.
- Ayuda para dejar de fumar o para la adicción al tabaco

Servicios dentales

Es importante recibir la atención que necesita, cuando la necesita. Tenemos una gran variedad de proveedores dentales dentro de la red, y podemos ayudarlo a encontrar uno que se adapte a sus necesidades.

Visitar al dentista lo ayudará a mantener la boca limpia y saludable. Las visitas dentales regulares le permiten al dentista controlar su salud bucal con el tiempo. Los exámenes dentales pueden identificar una boca poco saludable, nutrición deficiente, infecciones dentales o de las encías y problemas de desarrollo. UnitedHealthcare ofrece cobertura dental integral con nuestros proveedores dentro de la red. Esto incluye controles de rutina, tratamientos con flúor, radiografías, limpiezas y exámenes de detección del cáncer bucal para ayudar a mantener los dientes y las encías fuertes y sanos.

Eso no es todo... Nuestro plan ofrece cobertura para empastes y extracciones, así como cirugía oral de rutina.

Con autorización previa*, las coronas, las dentaduras postizas parciales, las dentaduras postizas completas, la cirugía oral compleja y la ortodoncia (menores de 21 años) pueden estar cubiertas si su proveedor documenta la necesidad médica.

22 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY 711.

Debe comunicarse con sus dentistas para todas las emergencias dentales que no pongan en peligro la vida, antes de considerar acudir a la sala de emergencias. Su dentista puede ayudarlo rápidamente a tratar el problema o aconsejarle sobre las opciones de tratamiento.

Si utiliza un dentista que no está en la red UnitedHealthcare, o se tiene que hacer un trabajo dental que requiere una autorización previa que no ha sido aprobada, es posible que sea responsable de pagar el tratamiento.

Para obtener información adicional o para encontrar un dentista, visite myUHC.com y haga clic en “Buscar un dentista”. Seleccione KY para su ubicación y elija “KY Medicaid Community Plan Dental” para su red. También puede llamar a servicios para miembros al **1-866-293-1796** para obtener asistencia para encontrar un proveedor dental.

*Para ciertos procedimientos, es posible que necesite aprobación previa. La aprobación previa significa que necesitamos dar permiso antes de que reciba un servicio específico. Si es necesaria la aprobación previa, tomaremos nuestra decisión en un plazo de 2 días a partir de su solicitud.

Atención de maternidad

- Atención durante el embarazo
- Servicios de obstetricia/ginecología y hospitales
- Una visita domiciliaria posparto médicamente necesaria para la atención y evaluación del recién nacido después del alta hospitalaria (pero no más tarde de 60 días después del parto)
- Servicios de administración de la atención para embarazos de alto riesgo durante el embarazo y durante dos meses después del parto (consulte a continuación para obtener más información)

Atención hospitalaria

- Atención para pacientes internados
- Atención para pacientes ambulatorios
- Radiografías, análisis de laboratorio y otras pruebas

Servicios de salud en el hogar

- Debe ser médicamente necesario y debe solicitarlo su médico
- Servicios de enfermería especializada por tiempo limitado
- Terapias especializadas, como fisioterapia, patología del habla y del lenguaje y terapia ocupacional
- Servicios de asistencia médica en su domicilio (ayuda con actividades como bañarse, vestirse, preparar comidas y limpieza)
- Suministros médicos

Parte II: Sus beneficios

Servicios de atención personal/Enfermería privada

- Debe ser médicamente necesario y debe solicitarlo su médico
- Ayuda con actividades frecuentes de la vida diaria, como comer, vestirse y bañarse, para personas con discapacidades y afecciones de salud en curso

Atención en centros de cuidados para enfermos terminales

- La atención para enfermos terminales ayuda a los pacientes y a sus familias con sus necesidades especiales que surgen durante las últimas etapas de la enfermedad
- La atención para enfermos terminales proporciona atención médica, de apoyo y de cuidados paliativos a las personas con enfermedades terminales y a sus familias o cuidadores
- Puede recibir estos servicios en el hogar, en un hospital o en una residencia de ancianos

Atención de la vista

- Servicios proporcionados por oftalmólogos y optometristas, incluidos exámenes oculares de rutina y lentes médicamente necesarias
- Referidos de especialistas para enfermedades oculares

Farmacia

- Medicamentos recetados
- Algunos medicamentos se venden sin receta (también llamados “de venta libre”), como los medicamentos para la alergia
- Insulina y otros suministros para diabéticos (como jeringas, tiras reactivas, lancetas y agujas para plumas)
- Productos para dejar de fumar, incluidos los de venta libre
- Control de la natalidad
- Fórmula especial
- Suministros médicos y quirúrgicos

UnitedHealthcare y Kentucky Medicaid proporcionan su beneficio por medicamentos.

Trabajamos con un administrador de beneficios de farmacia (pharmacy benefit manager, PBM), MedImpact Healthcare Systems, Inc., que prestará servicios a todos los miembros en la atención administrada. Su equipo de servicio para miembros está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al 1-800-210-7628.

Su tarjeta de identificación tiene información importante para su farmacia. Si no tiene su tarjeta de identificación, igualmente puede ir a la farmacia. Dígales que tiene Medicaid y que el farmacéutico puede llamar a MedImpact para obtener la información necesaria. Antes de irse, asegúrese de que la farmacia acepte KY Medicaid. Para encontrar una farmacia o ver lo que está cubierto, visite <https://kyportal.medimpact.com/>. El Portal del consumidor proporciona a los beneficiarios acceso seguro a lo siguiente: se accede a recetas, historial de reclamaciones y las autorizaciones previas a través del portal para miembros de KY, así como a través de nuestra aplicación móvil del portal del consumidor. <https://kyportal.medimpact.com/medicaid-member-portal/medicaid-member-portal-home>

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia
- Después de recibir atención de emergencia, es necesario que reciba otra atención para asegurarse de permanecer en una condición estable
- Según la necesidad, podría ser tratado en el departamento de emergencias, en un cuarto de hospital para pacientes hospitalizados o en otra área

Atención de especialidades

- Servicios de atención respiratoria
- Servicios de podología
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de atención cardíaca
- Servicios quirúrgicos

Servicios de residencias para ancianos

- Debe ser solicitado por un médico y puede necesitar la autorización de su plan de salud
- Servicios iniciales
- Incluye servicios iniciales de estadías a corto plazo o rehabilitación
- Debe recibir esta atención de una residencia de ancianos dentro de la red de proveedores de su plan de salud

Parte II: Sus beneficios

Servicios de salud conductual y servicios para trastornos por consumo de sustancias

La atención de la salud conductual incluye la salud mental (su bienestar emocional, psicológico y social) y el consumo de sustancias (alcohol y drogas) para el tratamiento de trastornos y los servicios de rehabilitación. Todos los miembros tienen acceso a servicios para ayudar con problemas de salud mental como depresión o ansiedad, o para ayudar con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias. Estos servicios incluyen:

Servicios de salud conductual:

- Servicios para ayudar a averiguar si tiene una necesidad de salud mental (servicios de evaluación de diagnóstico).
- Terapia individual, grupal y familiar.
- Servicios móviles de manejo de crisis.
- Programas de crisis en las instalaciones.
- Servicios especializados de salud conductual para niños con autismo.
- Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios.
- Servicios de sala de emergencias de salud conductual para pacientes ambulatorios.
- Servicios de salud conductual para pacientes internados.
- Tratamiento intensivo de salud conductual basado en la investigación.
- Hospitalización parcial.
- Otros servicios de apoyo como: apoyos de pares, apoyos integrales a la comunidad y administración de casos específicos.

Servicios para trastornos por consumo de sustancias

- Tratamiento ambulatorio con opioides
- Control ambulatorio de la abstinencia
- Control médico no hospitalario de la abstinencia
- Estabilización de la crisis de control de abstinencia en centro de tratamiento por abuso de alcohol y drogas
- Servicios de apoyo de pares y administración de casos específicos
- Línea de ayuda para trastornos por consumo de sustancias:
La adicción es una enfermedad, no una falla de carácter. Obtenga la ayuda que necesita con nuestra línea de ayuda anónima y gratuita para trastornos por abuso de sustancias. Nuestros expertos matriculados pueden:
 - Organizar una reunión con un defensor de la recuperación, quien elaborará un plan de atención personalizada para usted
 - Derivarlo a proveedores, opciones de tratamiento y otros recursos
 - Ayudar a concertar citas
 - Asignarle un defensor de atención matriculado y dedicado que le brindará apoyo durante y después del tratamiento. Obtenga ayuda para usted o para un ser querido hoy mismo. Llame al número gratuito de la Línea de ayuda para trastornos por abuso de sustancias al **1-855-780-5955** o visite liveandworkwell.com/recovery para usar el chat en vivo. Se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

26 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY 711.

Si cree que necesita acceso a servicios de salud conductual más intensivos que UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky no proporciona, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al 1-866-293-1796, TTY 711.

Servicios de transporte

- **Emergencia:** si necesita transporte de emergencia (ambulancia), llame al **911**.
- **No de emergencia:** el transporte médico que no sea de emergencia está disponible si no puede obtener un viaje gratis a un servicio cubierto.

Cómo obtener transporte que no sea de emergencia

Kentucky Medicaid pagará el transporte para que algunos miembros reciban servicios médicos cubiertos por Kentucky Medicaid. Si necesita transporte, debe hablar con el agente de transporte de su condado para programar un viaje.

Cada condado de Kentucky tiene un agente de transporte. Solo puede utilizar el agente de transporte para un viaje si no puede utilizar su propio automóvil o no tiene automóvil. Si no puede usar su automóvil, debe obtener una nota para el agente de transporte que explique por qué no puede usar su automóvil. Si necesita un viaje de un agente de transporte y usted o alguien de su hogar tiene un automóvil, puede:

- Obtener una nota del médico que diga que no puede conducir.
- Obtener una nota de su mecánico si su automóvil no funciona.
- Obtener una nota del jefe o del funcionario de la escuela si su automóvil es necesario para que otra persona vaya al trabajo o a la escuela.
- Obtener una copia del registro si su automóvil es desguazado.
- Kentucky Medicaid no cubre el transporte para recoger recetas.

Para obtener una lista de agentes de transporte y su información de contacto, visite www.chfs.ky.gov/dms/ o llame a Kentucky Medicaid al 1-800-635-2570. Para obtener más información sobre los servicios de transporte, llame al gabinete de transporte de Kentucky al 1-888-941-7433.

El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. y los sábados de 8:00 a. m. a 1:00 p. m., hora estándar del Este (EST). Si necesita transporte, debe llamar 72 horas antes de la hora en que lo necesite. Si tiene que cancelar una cita, llame a su agente lo antes posible.

Siempre debe intentar ir a un centro médico cercano. Si necesita atención médica de alguien fuera de su área de servicio, debe obtener una nota de su PCP. La nota tiene que indicar el motivo por el cual es importante que se transporte fuera de su área. (Su área es su condado y los condados anexos).

Parte II: Sus beneficios

Planificación familiar

Puede asistir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca los servicios de planificación familiar. También puede visitar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Cualquiera que sea la opción, no necesita una remisión de su PCP. Puede obtener anticonceptivos y dispositivos anticonceptivos (DIU, dispositivos anticonceptivos implantables y otros) disponibles con receta, así como anticonceptivos de emergencia y servicios de esterilización. También puede consultar a un proveedor de planificación familiar para que le realicen pruebas y tratamiento para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la infección de transmisión sexual (ITS), así como para recibir asesoramiento relacionado con los resultados de las pruebas. Las pruebas de detección del cáncer y otras afecciones relacionadas también se incluyen en las visitas de planificación familiar.

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero/prótesis/órtesis
- Productos y servicios de audífonos
- Telesalud
- Apoyo adicional para controlar su salud
- Terapia de infusión domiciliaria
- Servicios de clínicas rurales de salud (RHC)
- Servicios del Centro de Salud Calificado con Certificación Federal (FQHC)
- Servicios clínicos gratuitos
- Servicios de educación sobre la salud

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los beneficios anteriores, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros. Si está inscrito en un programa de Administración de la atención, puede acceder a su plan de atención y a las evaluaciones que usted y su administrador de atención completan en myuhc.com.

Beneficios ofrecidos por el estado

Su plan de salud proporcionará la mayoría de los servicios de Medicaid. Algunos servicios seguirán siendo proporcionados por Kentucky Medicaid. Utilizará su tarjeta de identificación de Medicaid para estos servicios. Estos servicios son:

- **First Steps:** un programa que ayuda a los niños con discapacidades del desarrollo desde el nacimiento hasta los 3 años de edad y sus familias, al ofrecer servicios a través de una variedad de agencias comunitarias. Llame al 877-417-8377 o al 877-41-STEPS para obtener más información.
- **HANDS (Health Access Nurturing and Development Services, servicios de desarrollo y nutrición del acceso a la salud):** este es un programa voluntario de visitas a domicilio para padres nuevos y futuros papás. Póngase en contacto con su departamento de salud local para obtener información y obtener más información sobre los recursos.
- **Transporte médico no de emergencia:** si no puede encontrar una manera de llegar a su cita de atención de la salud, es posible que pueda recibir este servicio de una compañía de transporte. Llame al 1-888-941-7433 para obtener ayuda o visite el sitio web <http://chfs.ky.gov/dms/trans.htm> para obtener una lista de agentes o empresas de transporte y para saber cómo comunicarse con ellos.
- **Servicios para niños en la escuela:** estos servicios son para niños de 3 a 21 años de edad, que son elegibles según la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) y tienen un Plan de Educación Individual (Individual Education Plan, IEP). Estos servicios incluyen terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia y servicios de salud conductual (mental).

Apoyo adicional para controlar su salud

Controlar su atención de la salud solamente puede ser difícil, en especial si está lidiando con muchos problemas de salud al mismo tiempo. Si necesita apoyo adicional para estar y permanecer saludable, podemos ayudarlo. Puede tener un Administrador de atención en su equipo de atención de la salud. Un Administrador de atención es un trabajador de atención médica especialmente capacitado que trabaja con usted y sus médicos para asegurarse de que reciba la atención adecuada cuando y donde la necesite.

Su administrador de atención médica puede realizar las siguientes tareas:

- Coordinar sus citas y ayudar a coordinar el transporte de ida y vuelta para las citas con el médico.
- Ayudarlo a alcanzar sus objetivos para controlar mejor sus afecciones médicas en curso.
- Responder preguntas sobre el efecto de sus medicamentos y cómo tomarlos.
- Hacer un seguimiento de su atención con sus médicos o especialistas.
- Conectarlo con recursos útiles de su comunidad.
- Ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita si cambia de plan de salud o médico.

Parte II: Sus beneficios

UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky también puede conectarlo con un Administrador de atención que tenga capacitación especial en brindar apoyo para:

- Personas que necesitan acceso a servicios como atención de enfermería domiciliaria o servicios de atención personal para ayudar a controlar las actividades cotidianas (como comer o bañarse) y para las tareas domésticas.
- Mujeres embarazadas con ciertos problemas de salud (como diabetes) u otras inquietudes (como querer ayuda para dejar de fumar).
- Niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad que pueden vivir en situaciones estresantes o tener ciertas afecciones de salud o discapacidades.

A veces, un miembro del equipo de su proveedor de atención primaria (PCP) será su Administrador de atención. Para obtener más información sobre cómo obtener apoyo adicional para administrar su salud, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros. Si está inscrito en un programa de Administración de la atención, puede acceder a su plan de atención y a las evaluaciones que usted y su administrador de atención completan en myuhc.com.

Ayuda con problemas que van más allá de la atención médica

Puede ser difícil concentrarse en su salud si tiene problemas con su vivienda o si se preocupa por tener suficiente comida para alimentar a su familia. UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky puede conectarlo con los recursos de su comunidad para ayudarlo a manejar problemas más allá de su atención médica.

Si sucede lo siguiente, llame a Servicios para Miembros:

- Tiene problemas con su vivienda o condiciones de residencia.
- Tiene problemas para obtener suficientes alimentos para usted o su familia.
- Le cuesta llegar a las citas, al trabajo o a la escuela debido a problemas de transporte.
- Se siente inseguro o sufre violencia doméstica (si está en peligro inmediato, llame al **911**).

Otros programas para ayudarlo a mantenerse saludable

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre:

Programas de recompensas

- Llame a Servicios para Miembros para ver si podría ser elegible para nuestros programas de recompensas para miembros (Member Rewards), incluidas tarjetas de regalo para servicios e incentivos adicionales

Recompensas para mamás y bebés

- Vaya a sus visitas prenatales y de posparto y gane excelentes recompensas
- Baby Showers comunitarios con regalos
- Programa para conectarse con otras futuras mamás para obtener apoyo durante el embarazo y después de este

Beneficios extra para niños y adolescentes

- Membresías gratuitas en Boys & Girls Club
- Programa gratis en línea que ayuda con las habilidades para la vida adulta, como la administración del dinero

Sin costos adicionales para su salud

- Servicio NurseLine las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Dr. Chat: video en directo para conectar con un médico desde una computadora o smartphone para atención no urgente
- Medicamentos con receta y de venta libre gratuitos
- Ayuda para encontrar vivienda, transporte y otros servicios comunitarios
- 30 visitas de acupuntura por año
- Comidas a domicilio para miembros elegibles

Atención plena y bienestar

- Línea directa de salud conductual las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con médicos con licencia
- Línea de ayuda sobre el consumo de sustancias
- Aplicación Sanvello para ayudar a reducir la ansiedad y la depresión
- Grupos de apoyo o foros en línea en www.dailystrength.org

Beneficios que puede obtener de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky o de un proveedor de Medicaid

Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT)

Los miembros del plan menores de 21 años pueden recibir cualquier tratamiento o servicio de salud que sea médicamente necesario para tratar, prevenir o mejorar un problema de salud. Este conjunto especial de beneficios se denomina Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT). Miembros que necesitan beneficios de EPSDT:

- Puede obtener servicios de EPSDT a través de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky o de un proveedor de Medicaid
- No es necesario pagar ningún copago por los servicios de EPSDT
- Puede obtener ayuda con la programación de citas y la organización del transporte gratuito de ida y vuelta de las citas
- EPSDT incluye cualquier servicio médicamente necesario que pueda ayudar a tratar, prevenir o mejorar el problema de salud de un miembro, lo que incluye:
 - Servicios integrales de evaluación de la salud (controles de bienestar de los niños, evaluaciones del desarrollo y vacunas)
 - Servicios dentales
 - Educación sobre la salud
 - Servicios de audición
 - Servicios de salud en el hogar
 - Servicios de cuidados paliativos
 - Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y hospitalizados
 - Servicios de análisis de laboratorio y radiografías
 - Servicios de salud mental
 - Servicios de atención personal
 - Servicios de terapia física y ocupacional
 - Medicamentos recetados
 - Dispositivos protésicos
 - Servicios de rehabilitación
 - Servicios para trastornos del habla, la audición y el lenguaje
 - Transporte de ida y vuelta para las citas médicas
 - Servicios de la vista
 - Cualquier otro servicio de salud necesario para tratar, corregir o mejorar un problema de salud

Si tiene preguntas sobre los servicios de EPSDT, hable con el proveedor de atención primaria (PCP) de su hijo. También puede encontrar más información en línea visitando nuestro sitio web en UHCommunityPlan.com o llamando al **1-866-293-1796**.

Servicios sin cobertura

Kentucky Medicaid solo paga los servicios que son médicamente necesarios. A continuación se muestran algunos de los servicios que Kentucky Medicaid no paga. Si utiliza servicios que Kentucky Medicaid no paga, tendrá que pagarlos usted.

- Servicios de proveedores que no son proveedores de Kentucky Medicaid
- Servicios que no son médicamente necesarios
- Masaje e hipnosis
- Aborto (a menos que la vida de la madre esté en peligro, o en caso de incesto o violación)
- Fertilización in vitro
- Las pruebas de paternidad
- Histerectomía para esterilización
- Estadías hospitalarias si se le puede tratar fuera del hospital
- Cirugía estética
- Medicamentos para la fertilidad
- Ortodoncias para personas mayores de 21 años
- Ventiladores, aire acondicionado, humidificadores, purificadores de aire, computadoras, reparaciones domésticas
- Servicios no autorizados
- Servicios prestados por proveedores que no forman parte de la red UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky

Esta lista no incluye todos los servicios que no están cubiertos. Para determinar si un servicio no está cubierto, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

Evaluación de nueva tecnología

Nueva tecnología

Las solicitudes de cobertura para procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos nuevos son examinadas por el Comité de Evaluación Tecnológica de UnitedHealthcare Community Plan. Este grupo incluye médicos y otros expertos en atención de la salud. El equipo utiliza una guía nacional y la evidencia científica de estudios médicos para ayudar a decidir si UnitedHealthcare Community Plan debe aprobar ese equipo, procedimiento o medicamento. Ellos toman la decisión final sobre la cobertura. Si desea obtener más información, llámenos al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

Si recibe una factura

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que no cree que deba pagar, no la ignore. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, de inmediato. Podemos ayudarlo a comprender por qué es posible que haya recibido una factura. Si no es responsable del pago, UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky se comunicará con el proveedor y lo ayudará a solucionar el problema.

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si cree que se le exige pagar algo que Medicaid o UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky deberían cubrir. Una audiencia imparcial les permite a usted o a su representante presentar su caso ante un juez de derecho administrativo. Consulte la sección Audiencia imparcial de este manual para obtener más información. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

Copago de miembro

Como socio de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky, usted tiene \$0 de copagos en todos los servicios.

Parte III: Procedimientos del plan

Autorizaciones de servicios y medidas

UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky tendrá que aprobar algunos servicios **antes de** que los reciba. UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky también tendrá que aprobar algunos servicios para que usted **continúe** recibéndolos. Esto se conoce como **autorización previa**. Usted puede solicitar esto. Los siguientes servicios deben estar autorizados antes de que usted pueda recibirlos:

- Servicios en centros de cirugía ambulatoria
- Servicios de salud conductual, salud mental y servicios para trastornos por abuso de sustancias
- Servicios de centro de salud mental comunitario
- Servicios dentales, incluida cirugía oral, ortodoncia y prostodoncia
- Equipo Médico Duradero, incluidos dispositivos protésicos y ortóticos, y suministros médicos desechables
- Servicios para la audición, incluidos audífonos para inscritos
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios de atención de enfermos terminales (solo no institucionales)
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados
- Comidas y alojamiento para el acompañante correspondiente de los inscritos (solo servicios de trasplante fuera del estado)
- Desintoxicación médica
- Servicios de trasplante de órganos
- Otros servicios de laboratorio y radiografías
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Farmacia y medicamentos de venta libre limitados
- Servicios de podología
- Centros de tratamiento residenciales psiquiátricos (nivel I y nivel II)
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla
- Transporte a servicios cubiertos, incluidos servicios de emergencia y camillas de ambulancia
- Atención de la vista, incluidos exámenes de la vista

Parte III: Procedimientos del plan

La solicitud de aprobación para un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Para obtener la aprobación de estos tratamientos o servicios, su proveedor puede solicitar la autorización del servicio en su nombre, si el servicio requiere aprobación previa.

Su proveedor puede visitar UHCprovider.com > Autorización y notificación previas o puede llamar a Servicios de proveedores al **1-866-633-4449**.

También puede solicitar la autorización del servicio llamando a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**. Los servicios de línea de idiomas e intérpretes están disponibles o puede enviar su solicitud de autorización de servicio por escrito a:

UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky
C/O Member Services
9100 Shelbyville Road
Suite 270
Louisville, KY 40222

Si el inglés no es su lengua materna (o si está leyendo esto en nombre de alguien que no lee inglés), podemos ayudarlo. Deseamos que aprenda a usar su plan de atención médica sin importar qué idioma habla. Solo llámenos y encontraremos una manera de comunicarnos en su propio idioma. Tenemos un grupo de personas que puede ayudarlo.

Solicitudes de autorización de servicio para niños menores de 21 años

Se aplican reglas especiales a las decisiones de aprobación de servicios médicos para niños menores de 21 años que reciben servicios de Evaluación, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT). Para obtener más información sobre los servicios EPSDT, consulte la página 32 o visite nuestro sitio web en UHCCommunityPlan.com.

Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicios

UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky tiene un equipo de revisión para asegurarse de que usted recibe los servicios que prometimos. En el equipo de revisión hay trabajadores de atención de la salud cualificados. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted solicitó o necesita esté cubierto por UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky y sea médicamente necesario.

Toda decisión para denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto menor que el solicitado se denomina **medida adversa (o medida)**. Estas decisiones las tomará un trabajador de atención de la salud. Usted puede solicitar las normas médicas específicas, denominadas **criterios de revisión clínica**, que se usan para tomar decisiones para medidas relacionadas con la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos según un proceso de revisión **estándar** o **acelerada** (rápida). Usted o su médico puede solicitar una revisión acelerada si se considera que un retraso podría causar serios daños a su salud. Si su solicitud para una revisión acelerada fue denegada, se lo notificaremos y su caso será tratado bajo el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como lo requiera su afección médica, pero no más tarde de lo mencionado en la siguiente sección de este manual.

Les avisaremos a usted y a su proveedor por escrito si su solicitud es aprobada o denegada. También le diremos la razón de la decisión. Le explicaremos las opciones que tendrá para apelar o solicitar una audiencia imparcial en caso de que no esté de acuerdo con nuestra decisión.

Autorización previa y plazos

Revisaremos su solicitud de autorización previa dentro de los siguientes plazos:

- **Revisión estándar:** decidiremos acerca de su solicitud en un plazo de dos (2) Días Hábiles a partir de la recepción de la solicitud. El plazo para una solicitud de autorización estándar puede ampliarse hasta catorce (14) días si usted o su médico lo solicitan.
- **Revisión acelerada (vía rápida):** decidiremos acerca de su solicitud y usted recibirá noticias nuestras en un plazo de veinticuatro (24) horas.
- En la mayoría de los casos, si usted recibe un servicio y se realiza una nueva solicitud para seguir recibiendo un servicio, debemos informarle antes de que cambiemos el servicio si decidimos reducir, detener o restringir el servicio. **Si aprobamos un servicio y usted ha comenzado a recibir dicho servicio, no reduciremos, suspenderemos ni restringiremos el servicio durante el tiempo en que haya estado aprobado, a menos que determinemos que la aprobación se basó en información que se supo que era falsa o incorrecta.**
- Si denegamos el pago para un servicio, le enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día que se deniegue el pago. Estos avisos no son facturas. **No tendrá que pagar por ninguna atención médica recibida cubierta por el plan o por Medicaid, incluso si luego UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky más tarde deniega el pago al proveedor.**

Para personas con discapacidades

Si usa una silla de ruedas o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Si está leyendo esto en nombre de alguien ciego, con discapacidad visual o sordo ciego, también podemos ayudarlo. Podemos informarle si un determinado consultorio médico tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos de comunicación especiales. Además, tenemos servicios como:

- Máquina TTY. Nuestro número de teléfono de texto es **711**.
- Información en letra grande
- Ayuda para concertar o llegar a las citas
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad

Parte III: Procedimientos del plan

Cómo puede ayudar con las políticas del plan de salud

Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a elaborar políticas que sirvan mejor a nuestros miembros. Tal vez le gustaría trabajar con uno de los comités miembros de nuestro plan de salud o con Kentucky, como:

- Comité de Calidad y Acceso de los Miembros de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky (QMAC). Como miembro de UnitedHealthcare, es elegible para un estipendio de \$50 por asistir a una reunión de QMAC.
- Comités Asesores Técnicos (TAC): los TAC actúan como asesores del Consejo Asesor de Asistencia Médica. Cada TAC representa un tipo de proveedor específico o son personas que representan beneficiarios de Medicaid.

Llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711** para obtener más información sobre cómo puede ayudar.

Apelaciones

Si no está conforme con nuestra decisión acerca de su atención, puede presentar una apelación:

- Si no está satisfecho con una medida que tomamos o con lo que decidimos acerca de su solicitud de autorización de servicio (consulte la página 35 sobre autorizaciones de servicio y medidas), **puede presentar una apelación o una solicitud para que revisemos la decisión.** Usted tiene 60 días después de recibir una notificación por escrito de nuestra parte para presentar una apelación.
- Puede hacerlo usted mismo o su representante autorizado puede hacerlo por usted. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796** o visitar nuestro sitio web en **UHCCommunityPlan.com** si necesita ayuda para presentar una apelación.
- La apelación se puede realizar por teléfono o por escrito. **Si nos llama, también debe presentar su apelación por escrito.** Podemos ayudarlo a completar el formulario de apelación.
- Si su revisión de apelación debe ser acelerada (revisarse más rápidamente que el plazo estándar) porque tiene una necesidad inmediata de servicios de salud, no necesita hacer un seguimiento por escrito después de llamarnos.
- No lo trataremos diferente ni actuaremos incorrectamente porque presente una apelación.
- Para presentar una apelación, escriba a:

UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky
Appeals and Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

- Para presentar una queja por teléfono, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**
 - Tendrá que proporcionar la siguiente información:
 - Su nombre.
 - El número de su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan.
 - El tipo de atención que desea.
 - La razón por la cual usted desea apelar.
 - Su dirección postal.
 - El nombre de la persona a la que debemos llamar en caso de tener preguntas acerca de su apelación.
 - Número de teléfono de contacto durante el día.
- Antes y durante la apelación, usted y su representante pueden ver su archivo del caso, incluso los registros médicos y cualquier otro documento y registro utilizados para tomar una decisión sobre su caso.
- Puede hacer preguntas y proporcionar cualquier información (incluidos nuevos documentos médicos de sus proveedores) que crea que nos ayudará a aprobar su solicitud. Puede hacerlo por teléfono, por escrito, o en persona.
- **Si necesita ayuda para comprender el proceso de Apelaciones**, puede comunicarse con Servicios para Miembros o con el **Programa Medicaid Managed Care Ombudsman Program**. Consulte la página 50 o llame al **1-800-372-2973** para obtener más información sobre el Ombudsman Program.

Plazos para las apelaciones

- **Apelaciones estándares:** si tenemos toda la información necesaria, le informaremos sobre nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días posteriores a su apelación.
- **Apelaciones aceleradas (vía rápida):** si tenemos toda la información necesaria, lo llamaremos y le enviaremos un aviso escrito sobre nuestra decisión dentro de los 3 días posteriores a su apelación.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su apelación, realizaremos lo siguiente:

- Le avisaremos por escrito sobre qué información es necesaria. Para apelaciones aceleradas, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación por escrito más tarde.
- Le explicaremos por qué el retraso es para su bien.
- Tomaremos una decisión en un plazo no superior a 14 días de los plazos que se describieron anteriormente.

Parte III: Procedimientos del plan

Si necesita más tiempo para recopilar sus documentos e información, simplemente pregunte. Usted, su proveedor o alguien en quien confíe pueden pedirnos que retrasemos su caso hasta que esté listo. Queremos tomar la decisión que apoye su salud. Esto puede hacerse llamando a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796** o escribiendo a:

UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky
Appeals and Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364.

Su atención mientras espera una decisión

Cuando la decisión del UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky reduce o interrumpe un servicio que ya está recibiendo, puede solicitar continuar con los servicios que su proveedor ya había solicitado mientras decidimos su apelación. También puede pedir a un representante autorizado que realice esa solicitud por usted.

Debe solicitarnos que continuemos con sus servicios en el transcurso de 10 días a partir de la fecha del aviso que indique el cambio en su atención o del momento en que entre en vigencia la medida. Deberá comunicarse con Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**.

Si solicita a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky que continúe con los servicios que ya recibe durante su apelación, pagaremos esos servicios si su apelación se decide a su favor. **Su apelación podría no cambiar la decisión que tomamos sobre sus servicios. Cuando su apelación no cambia nuestra decisión, UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky puede exigirle pagar los servicios que recibió mientras esperaba una decisión.**

Si no está satisfecho con el resultado de su apelación, puede solicitar una Audiencia imparcial (consulte la siguiente sección de este manual).

Audiencias imparciales

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos que redujo o denegó sus servicios, puede solicitar una **audiencia imparcial**. Una audiencia imparcial es su oportunidad de dar más información y hechos, y de hacer preguntas sobre su decisión ante un juez de derecho administrativo. El juez de su Audiencia imparcial no forma parte de su plan de salud en modo alguno.

- Puede solicitar una audiencia imparcial en el transcurso de 120 días a partir del día en que reciba noticias nuestras sobre nuestra decisión sobre su apelación.

Si necesita ayuda para comprender el proceso de Audiencia imparcial, puede comunicarse con el Programa Medicaid Managed Care Ombudsman Program. Consulte la página 50 para obtener más información sobre el Ombudsman Program.

Si no está satisfecho con su plan de salud

Si no está satisfecho con el proveedor, la atención o los servicios de salud de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky, puede presentar una **queja** (también llamada reclamo). Puede presentar una queja por teléfono o por escrito en cualquier momento.

- Para presentar una queja por teléfono, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. hora del Este, de lunes a viernes
- Para presentar su queja por escrito, puede escribirnos a:
UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky
Appeals and Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364
- Puede pedir a un representante autorizado que presente la queja por usted. Podemos asistirlo si necesita ayuda debido a un problema de audición o visión, si necesita servicios de traducción o ayuda para completar los formularios. No complicaremos las cosas ni tomaremos una acción en contra de usted por presentar una queja.

Parte III: Procedimientos del plan

¿Qué sucede después?

- Le informaremos por escrito que recibimos su queja en un plazo de 5 días hábiles desde su recepción.
- Revisaremos su queja y le informaremos cómo la resolvimos por escrito en un plazo de 30 días desde la recepción de su queja.

Si su queja es acerca de la denegación de una apelación acelerada, le informaremos por escrito que la recibimos dentro de las 24 horas posteriores a su recepción. Revisaremos su queja sobre la denegación de la apelación acelerada, y le informaremos cómo la resolvimos por escrito en un plazo de 5 días desde la recepción de su queja.

Si no está satisfecho con la forma en que resolvimos su problema, puede presentar una queja ante el **Medicaid Managed Care Ombudsman Program**. El Programa del Ombudsman puede analizar sus inquietudes y ayudarlo con su problema. Consulte la página 50 para obtener más información sobre el Ombudsman Program.

Su atención cuando cambia de plan de salud o de médico (transición de atención)

Si se une a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky desde otro plan de salud, nos comunicaremos con usted en el transcurso de 5 días hábiles a partir de la fecha prevista de inscripción con nosotros. Le pediremos el nombre de su plan anterior, para que podamos añadir su información médica, como sus registros médicos y las citas programadas previamente, a nuestros registros.

- Si decide abandonar UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky, compartiremos su información médica con su nuevo plan.
- Puede terminar de recibir cualquier servicio que ya haya sido autorizado por su plan de salud anterior. Después de eso, lo ayudaremos a encontrar un proveedor en nuestra red para obtener servicios adicionales si los necesita.

- En la mayoría de los casos, sus médicos serán proveedores de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky. Existen algunos casos en los que puede consultar a otro proveedor que tuviese antes de afiliarse a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky. Puede continuar viendo a su médico si:
 - En el momento en que se une a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky, usted está bajo tratamiento en curso o tiene una afección médica especial en curso. En ese caso, puede pedir conservar a su proveedor durante hasta 90 días.
 - Tiene más de 3 meses de embarazo en el momento de afiliarse a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky y está recibiendo atención prenatal. En ese caso, puede conservar a su proveedor hasta después del parto. Todos los beneficios médicos continuarán hasta 12 meses después del parto.
 - Está embarazada cuando se une a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky y recibe servicios de un proveedor de tratamientos de salud conductual. En ese caso, puede conservar a su proveedor hasta después del parto. El tratamiento de salud conductual puede continuar hasta 12 meses después del parto.
- Si su proveedor abandona nuestra red de proveedores, le informaremos en un plazo de 30 días a partir del momento en que tengamos conocimiento de esto. Si el proveedor que abandona la red es su PCP, nos pondremos en contacto con usted para ayudarlo a elegir otro PCP.

Continuidad de la atención si su PCP se retira de la red

A veces los Proveedores de Atención Primaria abandonan la red. Si esto sucede con su Proveedor de Atención Primaria, recibirá una carta de parte nuestra para informarle. En ocasiones, UnitedHealthcare Community Plan pagará para que usted obtenga los servicios cubiertos de los médicos durante un breve período después de que estos se retiren de la red. Podría obtener continuidad de la atención y del tratamiento cuando su médico abandona la red si está recibiendo tratamiento activo por un problema médico grave. Por ejemplo, puede reunir los requisitos si recibe quimioterapia para el cáncer o si está embarazada de al menos seis meses cuando su médico abandona la red. Para solicitarlo, comuníquese con su médico. Pídale que le solicite autorización a UnitedHealthcare para continuidad de la atención y del tratamiento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Sus derechos

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky, tiene derecho a:

- Respeto, dignidad, privacidad, confidencialidad, accesibilidad y no discriminación.
- Una oportunidad razonable para elegir un PCP y cambiar a otro proveedor de una manera razonable.
- Consentimiento o rechazo del tratamiento y participación activa en las opciones de decisión.
- Hacer preguntas y recibir información completa relacionada con su afección médica y las opciones de tratamiento, incluida la atención especializada.
- Expresar quejas y recibir acceso al proceso de quejas, asistencia para presentar una apelación y solicitar una Audiencia imparcial del estado a UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky o al Departamento.
- Acceso oportuno al tipo de atención que no tenga ninguna barrera física o de comunicación para su acceso.
- Preparar las directivas médicas avanzadas de conformidad con KRS 311.621 a KRS 311.643.
- Asistencia para solicitar y recibir una copia de sus registros médicos según lo determinan las leyes estatales y federales vigentes.
- Referidos y acceso oportunos a atención especializada por indicación médica.
- Permanecer libre de toda restricción o aislamiento usado como medida coercitiva, disciplinaria, de conveniencia o como represalia.
- Recibir información de acuerdo con 42 C.F.R. 438.10.
- Recibir servicios de atención de la salud de acuerdo con las regulaciones federales y estatales.
- Cualquier indio americano inscrito es elegible para recibir servicios de un proveedor indio urbano (I/T/U)/Tribal 638/Servicios de Salud para Indios participantes, o el PCP I/T/U podrá recibir servicios de ese proveedor si está en la Red.
- Recibir información acerca de la organización, sus servicios, sus profesionales de la salud y sus proveedores, y derechos y responsabilidades del miembro.
- Consentimiento o rechazo del tratamiento y participación activa en las opciones de decisión.
- Tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Efectuar recomendaciones acerca de la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Sus responsabilidades

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky, usted acepta las siguientes responsabilidades:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud.
- Averiguar cómo funciona la cobertura de su plan de salud.
- Escuchar los consejos de su PCP y hacer preguntas si tiene dudas.
- Llamar o regresar a su PCP si no se siente mejor, o pedir consulta con otro proveedor.
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que usted pretende recibir.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención de la salud llamando a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**.
- Acudir a sus citas y llamar lo antes posible si debe cancelarlas.
- Usar el departamento de emergencias solamente para emergencias verdaderas.
- Llamar a su PCP cuando necesita atención médica, incluso fuera de horas de consulta.
- Proporcionar información verdadera y completa que la organización y sus profesionales de la salud y proveedores necesitan para proveer la atención.
- Cumplir con los planes y las instrucciones de atención que ha acordado con su profesional de la salud.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento establecidos de mutuo acuerdo.

Opciones de cancelación de la inscripción

1. Si desea abandonar el plan de salud

- Puede abandonar UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky y unirse a otro plan de salud en cualquier momento durante los primeros 90 días de la inscripción.
- Si desea abandonar UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky en cualquier otro momento, puede hacerlo **solo** con una buena razón (causa justa). Algunos ejemplos de causa justa son:
 - Se muda fuera del área de servicio
 - Su PCP ya no está en nuestra red
 - Le falta acceso a los servicios cubiertos
 - No puede acceder a un proveedor cualificado para tratar su afección médica
- Puede solicitar cambiar de plan. Para cambiar los planes, debe escribirnos o llamarnos con el (los) motivo(s) de la solicitud. Tendrá que proporcionar la siguiente información:
 - Nombre y apellidos, número de Seguro Social (SSN) o número de identificación de KY Medicaid de todos los miembros del hogar que solicitan la cancelación de la inscripción.

Parte III: Procedimientos del plan

- Su dirección/número de teléfono actual.
- El motivo por el que solicita el cambio.
- Incluya el nombre de su médico de cabecera y el hospital que utiliza.

Si no aprobamos el cambio, puede comunicarse por fax o por correo postal:

Cabinet for Health and Family Services
Department for Medicaid Services
Division of Provider and Member Services
275 East Main Street, 6E-C
Frankfort KY 40621
Fax: 502-564-3852

El cambio puede tardar hasta 90 días. Si tiene preguntas o necesita ayuda con el proceso, puede llamarnos al **1-866-293-1796**, TTY **711** o a Servicios para Miembros de Kentucky Medicaid al 1-800-635-2570 de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. hora del Este, de lunes a viernes.

Se le informará que el cambio se llevará a cabo para determinada fecha. UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky le brindará la atención que necesite hasta entonces.

2. Podría no ser elegible para la atención médica administrada de Medicaid

Usted podría tener que abandonar UnitedHealthcare Community Plan of Kentucky si:

- Pierde la elegibilidad para Medicaid
- Permanece en una residencia de ancianos durante más de **30 días** consecutivos
- Se vuelve elegible para Medicare
- Comete abuso o causa daño a miembros, proveedores o personal del plan de salud
- No completa los formularios en forma honesta o no provee la información verdadera (comete fraude)

Si deja de ser elegible para Medicaid, todos sus servicios pueden interrumpirse. Si esto sucede, póngase en contacto con:

Department for Community Based Services (Departamento de Servicios Comunitarios)
Teléfono: 502-564-3703; Fax: 502-564-6907

Dirección postal:
275 E. Main St. 3W-A
Frankfort, KY 40621

También puede comunicarse con Medicaid Managed Care Ombudsman Program para analizar sus opciones de apelación. Consulte la página 50 para obtener más información sobre el Ombudsman Program.

Directrices Anticipadas

Puede haber un momento en el que usted no pueda administrar su propia atención de la salud y un familiar u otra persona cercana a usted tome decisiones en su nombre. Al planificarlo con anticipación, puede decidir ahora cómo hacer que se cumplan sus deseos. Una directriz anticipada es un conjunto de instrucciones que da sobre la atención médica y de salud mental que desea si alguna vez pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Hacer una directriz anticipada es su elección. Si no puede tomar sus propias decisiones y no tiene una directriz anticipada, su médico o proveedor de salud conductual consultará con alguien cercano sobre su atención. Se recomienda encarecidamente que hable de sus deseos de tratamiento médico y de salud conductual con su familia y amigos ahora, ya que esto ayudará a asegurarse de recibir el nivel de tratamiento que desea si ya no puede informarles sus deseos a su médico u otros proveedores de salud física o conductual.

Kentucky tiene tres maneras de hacer una directriz formal anticipada. Estas incluyen testamentos en vida, poder notarial de atención de la salud e instrucciones anticipadas para el tratamiento de la salud mental.

Testamento en vida

En Kentucky, un **testamento en vida** es un documento legal que les dice a los demás que usted desea morir de forma natural si:

- Tiene una enfermedad incurable con una afección irreversible que provocará su muerte en un corto plazo.
- Está inconsciente y su médico determina que es muy improbable que recupere la conciencia.
- Tiene demencia avanzada o una afección similar que provoque una pérdida cognitiva sustancial y es muy improbable que la afección tenga reserva.

En un testamento en vida, puede indicar a su médico que no utilice ciertos tratamientos que prolonguen la vida, como un respirador o “ventilador”, o que deje de darle alimentos y agua a través de una sonda de alimentación.

Parte III: Procedimientos del plan

El testamento en vida entra en vigor solo cuando su médico y otro médico determinen que usted cumple una de las condiciones especificadas en ese testamento. Se recomienda encarecidamente hablar de sus deseos con amigos, familia y su médico ahora para que puedan ayudarlo a asegurarse de obtener el nivel de atención que desea al final de su vida.

Poder notarial para atención de la salud

Un poder notarial de atención de la salud es un documento legal en el que puede nombrar a una o más personas como sus agentes de atención de la salud para tomar decisiones médicas y de salud conductual por usted a medida que no pueda decidir por sí mismo. Siempre puede decir qué tratamientos médicos o de salud conductual desearía y cuáles no. Debe elegir a un adulto en quien confíe para que sea su agente de atención de la salud. Hable de sus deseos con las personas que quiera designar como agentes antes de ponerlos por escrito.

De nuevo, siempre es útil comentar sus deseos con su familia, amigos y su médico. Un poder notarial de atención de la salud entrará en vigor cuando un médico indique por escrito que usted no puede tomar o comunicar sus elecciones de atención de la salud. Si, debido a creencias morales o religiosas, no desea que un médico tome esta determinación, la ley proporciona un proceso para que lo haga una persona que no sea médico.

Fraude, malgasto y abuso

Si sospecha que alguien está cometiendo fraude de Medicaid, informe de ello. Algunos ejemplos de fraude de Medicaid son:

- Una persona no reporta todos los ingresos u otro seguro de salud cuando solicita Medicaid.
- Una persona que no recibe Medicaid utiliza la tarjeta de un miembro de Medicaid con o sin el permiso del miembro.
- Un médico o una clínica facturan servicios que no se proporcionaron o que no fueron médicamente necesarios.

Puede denunciar sospechas de fraude y abuso de cualquiera de las siguientes maneras:

- Llame a la línea de fraude, malgasto y abuso de UnitedHealthcare: **1-866-293-1796**
- Llame a la línea de fraude de la Oficina del Inspector General de los EE. UU. al **1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)**

Números de teléfono importantes

Línea gratuita de Servicios para Miembros	1-866-293-1796
7:00 a. m. a 7:00 p. m. hora del Este, de lunes a viernes.	
Línea de crisis de salud conductual	1-855-789-1977
Las 24 horas al día, los 7 días a la semana	
Línea de enfermería 24/7	1-800-985-3856
Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS)	502-564-3703
8:00 a. m. a 5:00 p. m. hora del Este, de lunes a viernes.	
Medicaid Managed Care Ombudsman Program	502-564-5497
Centro de contacto de Kentucky Medicaid	502-564-4321
Línea de servicio al proveedor	1-866-633-4449
de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. hora del Este, de lunes a viernes.	
Administrador de beneficios de farmacia, MedImpact	1-844-336-2676
de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. hora del Este, de lunes a viernes.	
Línea de servicios legales de Kentucky	1-800-782-1924
Registro de la Directrices anticipadas de atención de la salud:	
Servicios para Miembros	1-866-293-1796
Kentucky Legal Aid Society	502-584-1254
Línea de denuncias de fraude, malgasto y abuso de Kentucky Medicaid	502-696-5405
Línea de malgasto del auditor estatal	1-800-592-5378
Línea de fraude de la Oficina del Inspector General de los EE. UU.	1-800-230-6539

Parte III: Procedimientos del plan

Manténganos informados

Llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796** cuando se produzcan estos cambios en su vida:

- Sufre un cambio en la elegibilidad de Medicaid
- Da a luz
- Existe un cambio en la cobertura de Medicaid suya o de sus hijos

Si no recibe más los servicios de Medicaid, consulte al Departamento Local de Servicios Sociales. Es posible que pueda inscribirse en otro programa.

Medicaid Managed Care Ombudsman Program

El Medicaid Managed Care Ombudsman Program (Programa de Defensoría de la Atención Administrada de Medicaid) es un recurso con el que puede comunicarse si necesita ayuda con sus necesidades de atención de la salud. El Programa Ombudsman es una organización sin fines de lucro operada independientemente cuya prioridad número uno es garantizar que las personas y familias que reciben Kentucky Medicaid tengan acceso a la atención que necesitan.

El programa Ombudsman puede:

- Responder preguntas acerca de sus beneficios.
- Ayudarlo a comprender sus derechos y responsabilidades.
- Proporcionar información sobre Medicaid y Medicaid Managed Care (la atención administrada de Medicaid).
- Responder sus preguntas sobre la inscripción o cancelación de la inscripción en un plan de salud.
- Ayudarlo a entender un aviso que ha recibido.
- Remitirlo a otras agencias que también podrían ayudarlo con sus necesidades de atención de la salud.
- Ayudar a resolver los problemas que tenga con su profesional de atención médica o plan de salud.
- Defender a los miembros que tienen un problema o una queja que afecta el acceso a la atención de la salud.
- Proporcionar información para ayudarlo con su apelación, queja, mediación o audiencia imparcial.
- Conectarlo con ayuda legal si la necesita para ayudar a resolver un problema con su atención de la salud.

Parte III: Procedimientos del plan

Puede ponerse en contacto con el Programa del Ombudsman:

Por teléfono: 502-564-5497

Fax: 502-564-9523

Número gratuito: 1-800-372-2973

Dirección postal:

275 E. Main Street, 2E-O

Frankfort, KY 40621

Correo electrónico: CHFS.Listens@ky.gov

Parte III: Procedimientos del plan

Palabras clave utilizadas en este manual

Al leer este manual, es posible que vea algunas palabras nuevas. Esto es lo que queremos decir cuando los usamos.

Directriz anticipada: un documento legal, como un testamento en vida, que les dice a su médico y a su familia cómo desea que lo cuiden si no puede dar a conocer sus deseos de atención de la salud.

Medida adversa: una decisión que su plan de salud puede tomar para reducir, interrumpir o restringir sus servicios de atención de la salud.

Apelación: una solicitud que usted o su representante autorizado realicen al plan de salud para revisar una decisión que el plan tomó de denegar, reducir o interrumpir sus servicios de atención de la salud.

Representante autorizado: una persona de confianza (familiar, amigo, proveedor o abogado) a la que usted permite hablar en su nombre con respecto a sus beneficios, inscripción o reclamos de Medicaid.

Atención de la salud conductual: servicios de tratamiento por trastornos de salud mental (su bienestar emocional, psicológico y social) y de consumo de sustancias (alcohol y drogas) y servicios de rehabilitación.

Beneficios: grupo de servicios de atención de la salud cubiertos por su plan de salud.

Administrador de atención médica: trabajador de atención médica especialmente capacitado que trabaja con usted y sus médicos para asegurarse de que reciba la atención adecuada cuando y donde la necesite.

Copago: la cantidad de dinero que puede tener que pagar por una visita a un proveedor, servicio o receta de medicamentos. [DELETE!!]

Elegibilidad doble: es elegible para Medicare y Medicaid.

Equipo Médico Duradero: ciertos artículos (como un andador o una silla de ruedas) que el médico puede indicarle que use si tiene una enfermedad o una lesión.

Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (EPSDT): programa destinado a la atención de la salud preventiva y a los controles de salud infantil para niños menores de 21 años.

Afección médica de emergencia: una situación en la que su vida podría verse amenazada, o podría lesionarse de forma permanente si no recibe atención médica de inmediato (como un ataque cardíaco o fractura de huesos).

Atención en sala de emergencias: atención que recibe en un hospital si está experimentando una afección médica de emergencia.

Servicios de emergencia: servicios que recibe para tratar su afección médica de emergencia.

Transporte médico de emergencia: transporte de ambulancias al hospital o centro médico más cercano para una afección médica de emergencia.

Persona inscrita: una persona que tiene atención administrada de Medicaid.

Servicios Excluidos: servicios de atención de la salud no cubiertos por Medicaid.

Audiencia imparcial: una forma de presentar su caso ante un juez de derecho administrativo si no está satisfecho con una decisión que su plan de salud tomó que limitó o interrumpió sus servicios después de su apelación.

Queja: una queja que puede presentar por escrito o por teléfono a su plan de salud si tiene un problema con su plan de salud, proveedor, atención o servicios.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios o terapia que ayudan a una persona con discapacidades a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Pueden ser para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Seguro de salud: un tipo de cobertura de seguro que paga sus costos médicos y de salud. Su cobertura de Medicaid es un tipo de seguro.

Plan de salud (o plan): la compañía de atención administrada que le brinda cobertura de seguro médico.

Atención de la salud en el hogar: servicios de atención de la salud proporcionados en su hogar, como visitas de enfermería o fisioterapia.

Servicios para pacientes terminales: servicios especiales para los pacientes y sus familias durante las últimas etapas de la enfermedad y después de la muerte. Los servicios para pacientes terminales incluyen ciertos servicios físicos, psicológicos, sociales y espirituales que apoyan a los enfermos terminales y a sus familias o cuidadores.

Hospitalización: ingreso en un hospital para recibir tratamiento que generalmente requiere una estadía durante la noche.

Atención hospitalaria de pacientes ambulatorios: atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna en él.

Dentro de la red: término utilizado cuando un proveedor tiene un contrato con su plan de salud.

Atención administrada: una forma organizada para que los proveedores trabajen juntos para coordinar y gestionar todas sus necesidades de salud.

Medicaid: un plan de salud que ayuda a algunas personas a pagar la atención de la salud.

Parte III: Procedimientos del plan

Medicamento necesario: servicios médicos o tratamientos que necesita para mantenerse saludable.

Miembro: una persona que tiene atención administrada de Medicaid.

Red (o red de proveedores): una lista completa de médicos, hospitales, farmacias y otros trabajadores de atención de la salud que tienen un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios de atención de la salud a los miembros.

Transporte médico para casos que no sean de emergencia: transporte que su plan puede coordinar para ayudarlo a ir y volver de sus citas, incluidos vehículos personales, taxis, furgonetas, minibuses, transportes de área de montaña y transporte público.

Proveedor No Participante: un médico, hospital u otro centro o proveedor de atención médica autorizado que no haya firmado un contrato con su plan de salud.

Proveedor Participante: un médico, hospital u otro centro o proveedor de atención médica autorizado que haya firmado un contrato con su plan de salud para prestar servicios a los miembros.

Servicios Médicos: servicios de atención de la salud que un médico autorizado (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]) proporcione o coordine.

Plan (o plan de salud): la compañía de atención administrada que le brinda cobertura de seguro médico.

Autorización Previa: la aprobación necesaria de su plan de salud antes de que pueda recibir ciertos servicios de atención de la salud o medicamentos. También se conoce como preautorización.

Prima: el monto que puede tener que pagar por la cobertura de su plan de salud.

Medicamentos con receta: fármaco que, por ley, requiere la receta de un médico.

Cobertura de medicamentos con receta: cubre la totalidad o parte del costo de los medicamentos con receta.

Proveedor de Atención Primaria (PCP): el proveedor que cuida y coordina todas sus necesidades de salud. Normalmente, su PCP es la primera persona que debe contactar si necesita atención médica. Su PCP suele ser de práctica general, práctica familiar, medicina interna o pediatría, o es un obstetra/ginecólogo.

Proveedor: un trabajador de atención de la salud o un centro que brinda servicios de atención de la salud, como un médico, un hospital o una farmacia.

Directorio de proveedores: una lista de los proveedores participantes en la red de su plan de salud.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios de atención de la salud y equipos que lo ayudan a recuperarse de una enfermedad, accidente, lesión o cirugía. Estos servicios pueden incluir fisioterapia o terapia del habla.

Parte III: Procedimientos del plan

Referido: cuando su PCP le envía a otro proveedor de atención médica.

Atención de enfermería especializada: servicios de personal de enfermería con licencia en su propio hogar o en un hogar para ancianos.

Especialista: un médico que está capacitado y ejerce en un área especial de medicina, como cardiología (médico del corazón) u oftalmología (oculista).

Consumo de sustancias: un problema médico que incluye el consumo de alcohol o drogas legales o ilegales, o la adicción a ellos, de forma incorrecta.

Atención de urgencia: atención médica necesaria para una enfermedad o lesión repentina que necesita antes que una visita de rutina a su PCP. No se considera un problema de atención de la salud de emergencia. Puede recibir atención de urgencia en una clínica sin cita previa por una enfermedad o lesión no potencialmente mortal (como la gripe o el esguince de tobillo).

Parte III: Procedimientos del plan

Avisos del Plan de Salud sobre Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SE PODRÁ USAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2022

Por ley¹, debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso.

Le informa:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartirla con otras personas o entidades.
- Qué derechos tiene sobre ella.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

La información de salud es información sobre su salud o servicios de atención de la salud. Tenemos derecho a cambiar nuestras políticas de privacidad para manejar la información de salud. Si las cambiamos, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com). Le notificaremos si ocurre una filtración de su información de salud. Recopilamos y conservamos su información de salud para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La información de salud puede ser verbal, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su información de salud a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información de salud.

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con los siguientes:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud para ciertos propósitos.

Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Para recibir un pago.** Podemos recopilar, usar o compartir su información de salud para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud con sus Proveedores para ayudar con su atención.
- **Para operaciones de atención de la salud.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proveerle información acerca de programas o productos relacionados con la salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.

- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de inscripciones, desafiliaciones y un resumen de su información de salud a su empleador. Podemos proporcionarle otra información de salud si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información de salud genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios para la salud.
- **Para comunicaciones con usted.** Podemos usar el número de teléfono o el correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted sobre sus beneficios, atención de la salud o pagos.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas que participan en su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información de salud como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información de salud. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información de salud. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de defunción, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información de salud a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para Nuestros Socios Comerciales** en caso de que sea necesario para que le brinden sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información de salud. No se les permite usar la información de salud, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.

Parte III: Procedimientos del plan

- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información de salud que se enumera a continuación.

Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.

1. Abuso de alcohol y sustancias
2. Información biométrica
3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
4. Enfermedades contagiosas
5. Información genética
6. VIH/sida
7. Salud mental
8. Información de menores
9. Medicamentos recetados
10. Salud reproductiva
11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos su información de salud según se describe en el presente documento o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir sus notas de psicoterapia. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información de salud en ciertas listas de correo promocional. Si nos permite compartir su información de salud, el destinatario puede seguir compartiéndola. Puede retirar su consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites.
Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información de salud. Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información de salud sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá presentar la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información de salud.

58 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información de salud durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá ninguna información de salud compartida por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).
- **Solicitar que corrijamos o modifiquemos** su información de salud. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información de salud. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo usar sus derechos

- **Para Comunicarse con su Plan de Salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459
Minneapolis MN 55440
- **Para presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una Queja a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificarle al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una Queja.

¹ Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Información Médica se aplica a los siguientes Planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of America; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United Healthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; y UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los Planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

¿Tiene alguna pregunta? Visite myuhc.com/CommunityPlan 59
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN FINANCIERA SE PUEDE USAR Y COMPARTIR. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2022

Protegemos² su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal no es información de salud. Lo identifica y no está generalmente disponible al público.

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera personal a partir de sus solicitudes o formularios. Esto podría incluir nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera personal a partir de sus transacciones con nosotros u otros. Puede ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de la información financiera personal

Solo compartiremos información financiera personal según lo permita la ley.

Podemos compartirla para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos compartirla con nuestras filiales. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartirla para procesar transacciones.
- Podemos compartirla para mantener su cuenta.
- Podemos compartirla para responder a una orden judicial o investigaciones legales.
- Podemos compartirla con compañías que preparan nuestros materiales de comercialización.

Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso a su información financiera personal a empleados y proveedores de servicios, y mantenemos salvaguardas para protegerla.

Preguntas sobre este aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación del Plan de salud o comuníquese con el Centro de Atención de Llamadas de Clientes de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.

² Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Genoa Healthcare, LLC; Golden Outlook, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; OptumHealth Holdings, LLC; Optum Labs, LLC; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Sanvello Health, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solo tiene vigencia donde se exige por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros de atención de la salud en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros Planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de Planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los Planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

Puede obtener este material y otra información del plan en letra grande de forma gratuita. Para obtener materiales en letra grande, llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

Si el inglés no es su primer idioma, podemos ayudarlo. Llame a Servicio al Cliente al **1-866-293-1796**, TTY **711**. Puede solicitarnos la información en este material en su idioma. Tenemos acceso a servicios de intérpretes y podemos ayudar a responder sus preguntas en su idioma.

Spanish: Si el inglés no es su lengua materna, podemos ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**. Puede solicitarnos la información de este material en su idioma. Tenemos acceso a servicios de intérpretes y podemos ayudar a responder sus preguntas en su idioma.

Chinese: 如果英文不是您的母語，我們可以提供協助。請致電 **1-866-293-1796**、**聽障專線 711** 與會員服務部聯絡。您可以要求我們以您的母語提供本資料中的資訊。我們有提供口譯員服務且我們可以使用您的母語協助您解答疑問。

Vietnamese: Nếu tiếng Anh không phải là ngôn ngữ chính của quý vị, chúng tôi có thể trợ giúp. Xin gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số **1-866-293-1796**, TTY **711**. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp thông tin trong tài liệu này bằng ngôn ngữ của quý vị. Chúng tôi có dịch vụ thông dịch và có thể giúp giải đáp các thắc mắc bằng ngôn ngữ của quý vị.

Korean: 영어가 모국어가 아닌 경우 저희가 도와드릴 수 있습니다. 가입자 서비스부에 **1-866-293-1796**, TTY **711**번으로 전화하십시오. 본 자료에 있는 정보를 귀하의 언어로 요청하실 수 있습니다. 저희는 통역 서비스를 이용할 수 있으며 귀하의 언어로 질문에 답변하는데 도움을 드릴 수 있습니다.

French: Si l'anglais n'est pas votre langue maternelle, nous pouvons vous aider. Appelez le Service membres au **1-866-293-1796**, ATS **711**. Vous pouvez nous demander de vous fournir, dans votre langue, les informations contenues dans ce document. Nous avons accès à des services d'interprétariat et pouvons vous aider à obtenir des réponses à vos questions dans votre langue.

Arabic:

إذا لم تكن اللغة الانجليزية هي لغتك الأولى، فيمكننا تقديم المساعدة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم **1-866-293-1796**، أو عبر الهاتف النصي على الرقم **711**. يمكنك أن تطلب منا المعلومات الواردة في هذه المادة بلغتك. يمكننا الحصول على خدمات الترجمة الفورية والمساعدة في الإجابة عن أسئلتك بلغتك.

CSKY20MC4881902_000

62 ¿Tiene alguna pregunta? Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

Russian: Если английский язык не является Вашим родным языком, мы можем помочь Вам. Обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону **1-866-293-1796, TTY 711**. Вы можете попросить нас предоставить Вам информацию, излагаемую в данном материале, на Вашем родном языке. У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем Вам получить ответы на вопросы на Вашем родном языке.

Tagalog: Kung hindi English ang una mong wika, makakatulong kami. Tawagan ang Member Services sa **1-866-293-1796, TTY 711**. Maaari mong hilingin ang impormasyong nasa materyal na ito sa iyong wika. Makakakuha kami ng mga serbisyo ng interpreter at makakatulong kaming sagutin ang iyong mga tanong gamit ang iyong wika.

German: Wenn Englisch nicht deine Muttersprache ist, können wir helfen. Rufe den Mitgliederservice unter: **1-866-293-1796, TTY 711** an. Du kannst uns nach den Informationen in diesem Material in deiner Sprache fragen. Wir haben Zugang zu Dolmetscherdiensten und können dir helfen, deine Fragen in deiner Sprache zu beantworten.

Japanese: 英語がわからなくてもお手伝いいたします。次のメンバーサービスにお電話ください: **1-866-293-1796, TTY 711**。本資料の内容についてご質問がございましたら、ご自身の言語でお尋ねください。私たちの方で通訳サービスを利用し、ご質問いただいた言語でお答えします。

Somali: Haddii Ingiriisigu uusan ahayn luqaddaada koowaad, waan ku caawin karnaa. Ka wac Adeegyada Xubnaha telefoonka **1-866-293-1796, TTY 711**. Waad na weydiin kartaa macluumaadka ku jira agabkan oo ku qoran luqaddaada. Waxaan heli karnaa adeegyo turjubaan ee naga caawin kara inaan kaaga jawaabno su'aalahaaga luqaddaada.

Swahili: Ikiwa Kiingereza sio lugha yako ya kwanza, tunaweza kukusaidia. Pigia simu Huduma za Mema kwa **1-866-293-1796, TTY 711**. Unaweza kutuuliza kuhusu maelezo yaliyo kwenye hati hii kwa lugha yako. Tunaweza kupata huduma za mkalimani na tunaweza kujibu maswali yako kwa lugha yako.

Pennsylvania Dutch: Wann du net comfortable bischt English yuuse, kenne mer dich helfe. Ruf Member Services uff an die **1-866-293-1796, TTY 711**. Du kannscht uns frooge fer die Information as do hin is in Deitsch griege. Mir hen Leit as Deitsch interprete kenne un dich helfe kenne fer dei Questions gaensert griege in Deitsch.

Croatian: Ako engleski jezik nije vaš prvi jezik, možemo vam pomoći. Nazovite Službu za članove na broj **1-866-293-1796, odnosno 711** za osobe sa poteškoćama u govoru i sluhu (TTY). Možete zatražiti informacije sadržane u ovim materijalima na vašem jeziku. Imamo pristup uslugama prevoditelja i možemo vam pomoći tako da odgovorimo na vaša pitanja na vašem jeziku.

Nepali: यदि अंग्रेजी तपाईंको पहिलो भाषा होइन भने, हामी मद्दत गर्न सक्छौं। सदस्य सेवाहरूको लागि **1-866-293-1796, TTY 711** मा फोन गर्नुहोस्। तपाईंले यस विषय बारे जानकारीका लागि हामीलाई आफ्नो भाषामा सोध्न सक्नुहुन्छ। हामीसँग दोभाषे सेवाहरूमा पहुँच छ र तपाईंको भाषामा तपाईंका प्रश्नहरूको जवाफ दिन मद्दत गर्न सक्छौं।

Serbian: Ako engleski nije vaš maternji jezik, možemo da vam pomognemo. Pozovite korisničku podršku na broj **1-866-293-1796, TTY 711**. Možete nam postaviti pitanja vezana za ovaj materijal na vašem jeziku. Imamo pristup prevodilačkim uslugama i na vaša pitanja možemo da vam odgovorimo na vašem jeziku.

Aviso de no discriminación

Si cree que UnitedHealthcare Community Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles:

Por correo postal: Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130

Correo electrónico: UHC_Civil_Rights@uhc.com

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

Sitio web: Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Por correo postal: U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Por teléfono: Línea gratuita **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD).



Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. **Queremos asegurarnos de que reciba la atención que necesita cuando la necesite.** Llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711** para obtener ayuda con la programación de citas, transporte y más. También puede visitar nuestro sitio web [UHCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/communityplan).

UnitedHealthcare Community Plan
9100 Shelbyville Road
Suite 270
Louisville, KY 40222

[UHCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/communityplan)

1-866-293-1796, TTY **711**

United
Healthcare
Community Plan

¿Tiene alguna pregunta? Visite myuhc.com/CommunityPlan 65
o llame a Servicios para Miembros al **1-866-293-1796**, TTY **711**.

[Índice](#)

