



Bienvenido a la comunidad

UnitedHealthcare Community Plan Manual para Miembros de STAR+PLUS

Servicios para Miembros: 1-888-887-9003, TDD/TTY: 7-1-1,
para personas sordas y con problemas de audición

United
Healthcare
Community Plan



TEXAS
Health and Human
Services

TEXAS
STAR+PLUS
Your Health Plan ★ Your Choice

Servicios para Miembros

1-888-887-9003, TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición

8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del centro, de lunes a viernes

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

Qué debe hacer en caso de una emergencia

Llame al **9-1-1**, o vaya al hospital o centro de emergencia más cercano si cree que necesita recibir atención de emergencia. Puede llamar al **9-1-1** si necesita ayuda para trasladarse hasta la sala de emergencias del hospital. Si recibe servicios de emergencia, llame a su médico para que programe una visita de seguimiento tan pronto como sea posible. Llámenos e infórmenos sobre la atención de emergencia que recibió. Una emergencia es una situación en la que cree que tiene una afección médica grave o cree que si no recibe atención médica inmediatamente, su vida, alguna extremidad o la vista se verán amenazadas.

Qué debe hacer en una emergencia de salud conductual

Debe llamar al **9-1-1** si experimenta una emergencia de salud conductual que pone en riesgo su vida. También puede asistir a un centro de crisis o a la sala de emergencias más cercana. Debe llamar a Optum Behavioral Health al **1-888-887-9003** tan pronto como sea posible.

En caso de emergencia llame al 9-1-1

Si cree que no es una emergencia, pero necesita ayuda, llame a la línea de enfermería NurseLine al **1-887-839-5407**.

Llámenos si tiene preguntas acerca de su plan de salud. Nuestro número de llamadas gratuitas de Servicios para Miembros es **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición. Cuando llame, habrá personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés.

Este Manual para Miembros se encuentra disponible, a solicitud, en una versión en audio, Braille, impresión con letra más grande y en otros idiomas. Llame al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda.

Números de teléfono sin cobrar

Servicios para Miembros	1-888-887-9003
Cómo acceder a servicios cubiertos, información e intérpretes en varios idiomas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes excluyendo feriados aprobados por el estado (ver página 5). Después de las horas hábiles, comuníquese con la línea de enfermería NurseLine. Llame al 9-1-1 o vaya al hospital/centro de emergencias más cercano si cree que necesita atención de emergencia.	
TDD/TTY (para personas sordas y con problemas de audición)	7-1-1
Coordinación de Servicios (Service Coordination)	1-800-349-0550
(8:00 a.m. a 5:00 p.m., lunes a viernes)	
Línea de enfermería NurseLine	1-877-839-5407, TTY: 7-1-1
(Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)	
• Se habla español	
• Servicios de intérprete disponibles	
Para servicios odontológicos, llame al plan dental de Medicaid de su hijo	
DentaQuest	1-800-516-0165
MCNA Dental	1-855-691-6262
UnitedHealthcare Dental	1-877-901-7321
Para citas de atención de la visión, llame a Servicios para Miembros	1-888-887-9003
Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas	1-877-541-7905
(Texas Health and Human Services Commission)	
Servicios de transporte médico que no son de emergencia (NEMT):	
Línea Where's My Ride (Dónde está mi transporte)	1-866-528-0441, TTY: 711
Cómo acceder a los servicios NEMT, disponible de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Se habla español.	
La información y los intérpretes están disponibles en muchos idiomas.	
Servicios de salud mental y abuso de sustancias	1-888-887-9003
Optum Behavioral Health; disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cómo acceder a servicios cubiertos, información e intérpretes en muchos idiomas. Ante una situación de crisis y si tiene problemas con la línea telefónica, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.	
Equipo de asistencia del defensor estatal de atención administrada de Medicaid (State Ombudsman for Managed Care Assistance Team)	1-866-566-8989
Línea de ayuda TDD/TTY de atención administrada de Medicaid	1-866-222-4306
Beneficios de farmacia	1-888-887-9003
Línea de ayuda del programa STAR+PLUS	1-800-964-2777

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 2
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: 7-1-1.

Importantes puntos del plan de salud

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan como su plan de salud

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan, una organización de Atención Médica Administrada (Managed Care Organization – MCO), se compromete a ayudarle a obtener acceso a la atención médica que necesita. En UnitedHealthcare Community Plan, nuestro objetivo es ayudar a todos nuestros miembros a llevar una vida más saludable. Usted tendrá su propio médico, llamado Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP), quien conocerá su historia clínica y trabajará arduamente para ayudarlo a mantenerse saludable. Su PCP sabe que administrar su atención médica es importante. Los exámenes regulares que el PCP le realice pueden ayudar a detectar problemas de forma temprana. Al PCP le interesa brindarle ayuda antes de que los problemas se agraven. Su PCP le brindará una referencia a especialistas cuando lo necesite. UnitedHealthcare Community Plan dispone de una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica con los que puede contar. Muchos de ellos se encuentran cerca de su domicilio. Contribuiremos a que se mantenga saludable y obtenga una atención médica adecuada cuando no esté bien. UnitedHealthcare Community Plan trabajará arduamente para asegurar que obtenga acceso a la atención que necesita.

Su guía para la buena salud

Lea este Manual para miembros. Le brindará información sobre sus beneficios. Le ayudará a usar su plan de salud inmediatamente. Puede llamarnos al **1-888-887-9003** si cree que necesita el manual en Braille, una impresión con letra más grande o una versión en audio. Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan siempre está listo para ayudarlo.

Mire su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Asegúrese de que toda la información sea correcta. Deseamos lograr que el uso de su plan de salud le resulte fácil. Podemos responder cualquier pregunta que tenga acerca de cómo comenzar. Si tiene preguntas, llámenos. Nuestro número de llamada gratuita de Servicios para Miembros es **1-888-887-9003**. Estamos aquí para ayudarlo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes. La cobertura después de las horas hábiles y durante los fines de semana se encuentra disponible a través de un sistema telefónico automático.

- 3 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Importantes puntos del plan de salud

Nota: Las referencias a “usted”, “mi” o “yo” aplican si usted es un miembro de STAR+PLUS. Las referencias a “mi hijo” se aplican si su hijo es miembro de STAR+PLUS.

Todos los números de teléfono que aparecen en este manual son gratuitos.

UnitedHealthcare Community Plan es un nombre comercial de United Healthcare Insurance Company en los áreas de servicio de HHSC STAR+PLUS MRSA y UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C., en todos los áreas de servicio de HHSC Medicaid/CHIP.

¿Desea acceder a su información desde una aplicación móvil?

Descargue la aplicación UnitedHealthcare en App Store o Google Play. Ofrece muchas de las mismas características que el sitio web seguro para miembros, y usted usa el mismo nombre de usuario y contraseña. Es muy conveniente para cuando estás en movimiento.

Sus proveedores de salud

El nombre de mi proveedor de atención primaria: _____

El número de teléfono de mi proveedor de atención primaria: _____

Nombre de otro médico: _____

Número de teléfono de otro médico: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o tiene preguntas sobre su plan de salud, llámenos. Puede comunicarse con nuestros Servicios para Miembros en Texas sin cargo al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: 7-1-1, 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.

Ubicaciones de nuestras oficinas

UnitedHealthcare Community Plan

Oficina Principal

14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

O visite nuestro sitio web en: UHCCommunityPlan.com

¿Qué es Servicios para Miembros?

UnitedHealthcare Community Plan dispone de un departamento de Servicios para Miembros que puede responder preguntas y brindarle información en inglés y español sobre:

- Membrecía
- Cómo elegir un PCP
- Especialistas, hospitales y otros proveedores
- Servicios cubiertos
- Beneficios adicionales
- Cómo cambiar de PCP
- Cómo presentar una queja
- Cómo conseguir un intérprete
- Cualquier otro aspecto sobre el cual podría tener una pregunta

Servicios para Miembros

1-888-887-9003, TDD/TTY: 7-1-1

Nuestras oficinas están cerradas en los siguientes días feriados principales:

- Día de Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos en la Guerra (Memorial Day)
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después del día de Acción de Gracias
- Día de Navidad

Tabla de contenido

Importantes puntos del plan de salud	3
Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan	<u>3</u>
Su guía para la buena salud	<u>3</u>
Ubicaciones de nuestras oficinas	<u>5</u>
¿Qué es Servicios para Miembros?	<u>5</u>
¿Cuándo y dónde uso mi tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan? ..	<u>14</u>
Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan	<u>15</u>
Cómo reemplazar su tarjeta si se pierde o se la roban	<u>15</u>
Su tarjeta de Your Texas Benefits (YTB) Medicaid	<u>16</u>
El portal del cliente de Medicaid YourTexasBenefits.com	<u>17</u>
Su formulario de verificación temporal de Medicaid (Forma 1027-A)	<u>18</u>
Para ir al doctor	19
¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?	<u>19</u>
¿Puede un especialista ser considerado como un Proveedor de Atención Primaria?	<u>19</u>
¿Qué debo llevar a mi cita médica?	<u>19</u>
¿Cómo elijo un Proveedor de Atención Primaria?	<u>20</u>
¿Puede una clínica ser mi Proveedor de Atención Primaria?	<u>20</u>
¿Qué sucede si voy a un médico que no es mi Proveedor de Atención Primaria?	<u>20</u>
¿Cómo sé quién paga?	<u>20</u>
¿Y si tengo otro seguro?	<u>20</u>
¿Puedo seguir yendo a mi proveedor si no forma parte de mi plan de salud?	<u>21</u>
¿Cómo puedo cambiar mi Proveedor de Atención Primaria?	<u>21</u>
¿Cuántas veces puedo cambiar mi Proveedor de Atención Primaria o el de mi hijo?	<u>21</u>
¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de Proveedor de Atención Primaria?	<u>21</u>

¿Existe alguna razón por la que podrían denegar mi solicitud de cambiar de Proveedor de Atención Primaria?	<u>21</u>
¿Un Proveedor de Atención Primaria me puede derivar a otro Proveedor de Atención Primaria por falta de cumplimiento?	<u>21</u>
Cobertura de STAR+PLUS y Medicare	<u>22</u>
¿Cómo me afecta mi cobertura con UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS si tengo ambas coberturas Medicare y STAR+PLUS?	<u>22</u>
Planes de incentivos para doctores	<u>23</u>
¿Quién es la Coordinación de Servicios?	<u>23</u>
¿Qué es el Servicio de Coordinación y que puede un Coordinador de Servicios hacer por mí?	<u>23</u>
¿Cómo puedo ponerme en contacto con un Coordinador de Servicios?	<u>23</u>
¿Qué otros programas se encuentran disponibles para ayudarme a controlar mi enfermedad crónica?	<u>24</u>
Apoyo habitacional	<u>25</u>
Una vivienda segura y asequible puede hacer que sus objetivos sean alcanzables. Estamos aquí para ayudarle.	<u>25</u>
Le conectamos con servicios de calidad en su comunidad	<u>25</u>
¿Sabía que usted puede escoger a la persona que le otorga sus cuidados de salud?	<u>26</u>
¿Qué sucede si necesito consultar con un médico especial (especialista)?	<u>27</u>
¿Qué es una referencia?	<u>28</u>
¿Qué servicios no necesitan una referencia?	<u>28</u>
¿Cuánto debo esperar para visitar a un especialista?	<u>28</u>
¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?	<u>28</u>
Previa autorización	<u>29</u>
¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o problemas de alcohol o drogas? ¿Necesito una referencia para esto?	<u>30</u>
¿Cuáles son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y de Administración de Casos Escogidos de Salud Mental? ¿Cómo puedo obtener esos servicios?	<u>30</u>
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	<u>31</u>
¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	<u>31</u>
¿Qué sucede si voy a una farmacia que no pertenece a la red?	<u>31</u>
¿Qué debo llevar a la farmacia?	<u>31</u>

7 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?	31
¿A quién puedo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?	32
¿Qué es una aprobación previa (autorización) de medicamentos recetados?	32
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?	32
¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?	32
¿Cómo puedo obtener mis medicamentos si me encuentro recluido en un centro de enfermería?	32
¿Qué sucede si yo tengo también Medicare?	32
¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?	33
¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?	33
¿A quién necesito llamar si tengo necesidades especiales de cuidados para la salud y necesito de alguien que me ayude?	34
¿Qué sucede si necesito recibir atención de un obstetra/ginecólogo? ¿Necesito una referencia?	34
¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo como mi Proveedor de Atención Primaria?	35
¿Puedo conservar mi obstetra/ginecólogo aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan?	35
¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo?	35
Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?	35
¿Necesitaré una referencia para obtener los servicios de un obstetra/ginecólogo?	35
¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de contactarme con mi obstetra/ginecólogo para una cita?	36
¿Qué ocurre si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?	36
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de parto?	36
¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece UnitedHealthcare Community Plan a las mujeres embarazadas?	37
¿Puedo elegir un Proveedor de Atención Primaria para mi bebé antes de que nazca el bebé?	37
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el Proveedor de Atención Primaria de mi bebé?	37
¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo debo avisar a mi plan de salud? ¿Cómo y cuándo debo avisar a mi trabajador de casos?	37

¿Cómo puedo recibir cuidados de salud después de que mi bebé ha nacido y yo no estoy ya cubierta por Medicaid?	<u>37</u>
Programa de Mujeres sanas de Texas (Healthy Texas Women)	<u>38</u>
Programa de Atención Primaria de Salud de DSHS	<u>38</u>
Programa para los cuidados de atención primarios extendidos DSHS	<u>39</u>
Programa de Planificación Familiar de DSHS	<u>39</u>
¿Cómo concierto citas?	<u>40</u>
¿Qué debo llevar a mi cita?	<u>40</u>
¿Cómo obtengo atención médica después del horario de cierre del consultorio de mi Proveedor de Atención Primaria?	<u>40</u>
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	<u>41</u>
¿Qué sucede si estoy fuera del estado?	<u>41</u>
¿Qué hago si estoy fuera del país?	<u>41</u>
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	<u>41</u>
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?	<u>42</u>
¿A quién llamo?	<u>42</u>
¿Cuántas veces puedo cambiar los planes de salud?	<u>42</u>
¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de planes de salud?	<u>42</u>
¿UnitedHealthcare Community Plan me puede pedir que me retire de su plan de salud (por falta de cumplimiento, etc.)?	<u>42</u>
Servicios de idiomas e intérpretes	<u>43</u>
¿Puede alguien brindarme servicios de intérprete cuando hablo con mi médico?	
¿A quién debo llamar para conseguir un intérprete? ¿Con cuánto tiempo de anticipación debo llamar?	<u>43</u>
¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona, en el consultorio del proveedor?	<u>43</u>
¿Qué significa “médicamente necesario”?	<u>43</u>
¿Qué es la atención médica de emergencia?	<u>45</u>
¿Qué tan pronto puedo esperar recibir atención en una emergencia?	<u>45</u>
¿Qué es la pos-estabilización?	<u>46</u>
¿Qué es la atención médica de urgencia?	<u>46</u>
¿Qué es la atención médica de rutina y qué tan pronto puedo esperar recibir atención?	<u>47</u>

¿Están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan los servicios dentales de emergencia?	47
¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?	47
¿Qué cobertura para los servicios dentales en niños brinda UnitedHealthcare Community Plan?	48
¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?	48
¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?	48
Beneficios y servicios	49
¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?	49
¿Cómo obtengo estos servicios?	50
¿Existen limitaciones para algún servicio cubierto?	50
¿Si me encuentro en un centro de enfermería, cambiarán mis beneficios de STAR+PLUS?	50
¿A qué servicios puedo acceder como miembro de Medicaid Breast and Cervical Cancer (MBCC)?	51
¿Qué son los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) y cómo obtengo estos servicios?	51
¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos de largo plazo?	51
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número hablo para obtener información acerca de estos servicios?	52
¿Cuáles son mis beneficios de atención aguda?	52
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número hablo para obtener información acerca de estos servicios?	54
¿Qué servicios no son beneficios cubiertos?	55
¿Qué son mis beneficios de medicamentos recetados?	55
Planificación familiar	56
¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesito una referencia?	56
¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?	56
¿Y si soy trabajador de campo migrante?	56
Otros detalles del plan	57
¿Qué beneficios adicionales recibo como miembro de UnitedHealthcare?	57
¿Cómo puedo obtener estos beneficios?	60

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?	61
¿Con qué otros servicios puede UnitedHealthcare Community Plan ayudarme?	61
¿Qué es la administración de casos para mujeres embarazadas y niños?	62
¿Qué tipo de ayuda puede recibir?	62
¿Qué es la intervención temprana en la niñez?	63
¿Cómo voy al consultorio del médico si no tengo automóvil? ¿A quién llamo para que me lleven a una cita médica?	64
Transporte	64
Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT)	64
¿Qué son los servicios NEMT?	64
¿Qué servicios forman parte de los servicios NEMT?	64
¿Cómo conseguir transporte?	65
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?	66
¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar mí solicitud de renovación?	66
¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico? ¿A quién debo llamar?	
¿Qué información necesitarán?	66
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	67
¿Qué sucede si tengo un seguro privado u otro seguro médico además de Medicaid?	67
¿Puede mi proveedor de Medicare mandarme una factura para suministros o servicios si estoy en Medicare y Medicaid?	67
Quejas y apelaciones	68
¿Qué hago si tengo una queja?	68
¿A quién llamo?	68
¿Dónde puedo enviar una queja por correo?	68
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?	68
¿Cuánto tiempo se demorará en procesar mi queja?	69
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una queja?	69
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o lo limita?	69
¿De qué forma me notificarán si los servicios son denegados?	69
¿Cuáles son los plazos para el proceso de la apelación?	70

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?	70
¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?	70
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una apelación?	70
¿Qué sucede después de mi apelación?	71
¿Qué es una apelación acelerada?	71
¿Cómo solicito una apelación acelerada?	71
¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?	71
¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?	72
¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una solicitud de apelación acelerada?	72
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?	72
Audiencia imparcial ante el estado	72
¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?	72
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial ante el estado acelerada?	73
Información de Revisión médica externa	73
¿Puede un miembro solicitar una Revisión médica externa?	73
¿Puedo solicitar una Revisión médica externa acelerada?	75
Directivas anticipadas	75
¿Qué es una directiva anticipada?	75
¿Cómo puedo elaborar una directiva anticipada?	75
¿Quién tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica?	76
¿Qué sucede si no puedo tomar decisiones o informar a los proveedores sobre mis decisiones de atención médica?	76
¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar una decisión sobre mi atención médica?	76
¿Cuáles son mis opciones para realizar una directiva anticipada?	76
¿Se debe respetar mi directiva anticipada?	77
¿Debe ser un abogado quien prepare mi directiva anticipada?	77
¿Quién debe tener una copia de mi directiva anticipada?	77
¿Tengo que hacer una directiva anticipada?	77

¿Puedo cambiar o cancelar mi directiva anticipada?	77
¿Qué sucede si ya tengo una directiva anticipada?	77
Según la ley, ¿quién puede tomar decisiones de atención médica por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una directiva anticipada?	77
Derechos y responsabilidades del miembro	78
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro de UnitedHealthcare Community Plan?	78
Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información	81
Usted tiene derecho a respeto y dignidad, incluyendo la libertad del abuso, la negligencia y la explotación	83
Fraude y abuso	84
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	84
Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible	85
Glosario de terminología de atención médica administrada	86
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	89
Aviso de privacidad de la información financiera	94

¿Cuándo y dónde uso mi tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan?

Cada persona que se convierte en miembro de UnitedHealthcare Community Plan obtiene una tarjeta de identificación (ID). La tarjeta de identificación les brinda al médico y al personal del consultorio información importante sobre usted. Recibirá una nueva tarjeta de identificación si cambia de Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP).

Verifique la tarjeta para asegurarse de que la información sea correcta. Si obtiene una tarjeta de identificación que no tiene el nombre del PCP, pero dice que llame al **1-888-887-9003**, llame a Servicios para Miembros para elegir un PCP. Entregue la tarjeta de identificación al médico para verificar la cobertura al obtener servicios. La tarjeta de identificación no es una garantía de beneficios o cobertura.

Para miembros con tarjeta ID de Medicaid solamente

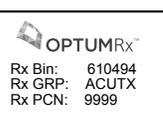
Para miembros con tarjeta ID de Medicaid y Medicare




Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04

Member ID/ID del Miembro: 999994197 Group/grupo: TXSTPL
 Payer ID/ID del Pagador: 87726

Member/Miembro: NEW A ENGLISH
 DOB/Fecha de nacimiento: 04/01/1955
 PCP Name/Nombre del PCP: DOUGLAS GETWELL
 PCP Phone/Teléfono del PCP: (361)883-1177



Rx Bin: 610494
 Rx GRP: ACUTX
 Rx PCN: 9999

Effective Date/ Fecha de vigencia: 11/01/2011

0709 Administered by UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC




Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04

Member ID/ID del Miembro: 999994201 Group/grupo: TXSTPL
 Payer ID/ID del Pagador: 87726

Member/Miembro: NEW C ENGLISH
 DOB/Fecha de nacimiento: 12/25/1945
 PCP Name/Nombre del PCP: USE MEDICARE

Effective Date/ Fecha de vigencia: 01/01/2012

Long term care services only
 Solo servicios de atención a largo plazo
 0709 Administered by UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC

In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 06/08/17

After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. This card does not guarantee coverage. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta no garantiza la cobertura.

Service Coordination/Coordinación de Servicio: 888-887-9003
 For Members/Para Miembros: 888-887-9003 TTY 711
 Mental Health/Salud Mental: 888-887-9003
 NurseLine/Línea de Ayuda de Enfermeras: 877-839-5407

For Providers: www.uhccommunityplan.com 888-887-9003
 Medical Claims: PO Box 31352, Salt Lake City, UT 84131
 Pharmacy Claims: OptumRX, PO 65033, Dallas, TX 75269-0334
 For Pharmacists: 877-305-8952

In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 06/08/17

After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. If you get Medicare, it is responsible for most primary, acute and behavioral health services; therefore, the PCP's name, address and telephone number are not listed on the card. The member receives long-term services and supports through UnitedHealthcare Community Plan. Si obtiene la cobertura de Medicare, este sistema será responsable de la mayoría de los servicios de salud mental, urgencias y atención primaria. Por lo tanto, en ese caso la información del proveedor de atención primaria (PCP) no aparece en la tarjeta. El miembro recibirá asistencia y servicios de largo plazo a través de UnitedHealthcare Community Plan.

For Members/Para Miembros: 888-887-9003 TTY 711
 Mental Health/Salud Mental: 888-887-9003
 NurseLine/Línea de Ayuda de Enfermeras: 877-839-5407
 Service Coordination/Coordinación de Servicio: 888-887-9003

For Providers: www.uhccommunityplan.com 888-887-9003
 Medical Claims: PO Box 31352, Salt Lake City, UT 84131

Si usted tiene Medicare y Medicaid, su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare no mostrará el nombre y teléfono de su doctor. Su tarjeta mostrará USE MEDICARE.

¿Tiene preguntas? Visite UHCommunityPlan.com, 14 o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: 7-1-1.

Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan

Su tarjeta de identificación tendrá el símbolo de STAR+PLUS y de UnitedHealthcare Community Plan. Esto le dejará saber a su proveedor que usted es un miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Su nombre, número de identificación, la fecha en que usted se inscribió en el programa de UnitedHealthcare Community Plan y la fecha de su nacimiento se mostrarán en su tarjeta. También, el número de su grupo se anotará en su tarjeta.

Si usted tiene Medicare, su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan informará que usted solamente tiene Servicios y Apoyo a Largo Plazo. Esto significa que usted obtiene servicios de su doctor, hospital, rayos x, y otros servicios de cuidados intensivos de parte de Medicare o de su HMO Medicare.

Cómo reemplazar su tarjeta si se pierde o se la roban

Si pierde o le roban su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan, llame de inmediato a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**. El personal de Servicios para Miembros le enviará una nueva. Llame a TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición.

Recuerde llevar con usted la tarjeta de identificación y presentarla siempre que visite al doctor, dentista o farmacia.

Su tarjeta de Your Texas Benefits (YTB) Medicaid

Cuando lo aprueban para recibir Medicaid, usted recibirá una tarjeta de YTB Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de identificación de Medicaid de todos los días. Debe llevarla y protegerla como lo haría con la licencia de manejar o una tarjeta de crédito. El doctor puede usar la tarjeta para saber si usted tiene beneficios de Medicaid cuando vaya a una cita.

Solo se le emitirá una tarjeta y recibirá una nueva solo si la pierde o se la roban. Si pierde o le roban su tarjeta de Medicaid, puede obtener una nueva llamando al número gratuito 1-800-252-8263, o ingresando en línea para solicitar o imprimir una tarjeta temporal en www.YourTexasBenefits.com.

Si no está seguro de que tiene cobertura de Medicaid, puede llamar gratis al 1-800-252-8263 para saberlo. También puede llamar al 2-1-1. Primero, escoja un idioma y después escoja la opción 2.

Su información de salud es una lista de servicios médicos y medicamentos que ha recibido a través de Medicaid. Lo compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarlos a decidir qué atención médica necesita. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame sin cargo al 1-800-252-8263 u opte por no compartir su información médica en www.YourTexasBenefits.com.

La tarjeta de Medicaid de YTB tiene impreso en el frente estos datos:

- Su nombre y el número de identificación de Medicaid
- La fecha en que la tarjeta se le envió
- El nombre del programa de Medicaid al que pertenece si usted tiene:
 - Medicare (QMB, MQMB),
 - El Programa de Mujeres sanas de Texas (Healthy Texas Women – HTW),
 - Hospicio,
 - STAR Health,
 - Medicaid de Emergencia, o
 - Posible elegibilidad para el Programa Pregnant Women (PE) – Mujeres embarazadas.
- Datos que la farmacia necesitará para enviar una factura a Medicaid
- El nombre de su doctor y de la farmacia si usted se encuentra en el programa Medicaid Lock-in

El dorso de la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits tiene un sitio web al que puede ir (www.YourTexasBenefits.com) y un número de teléfono al que puede llamar sin cobrar (1-800-252-8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si se le olvida la tarjeta, el doctor, dentista o farmacéutico puede usar el teléfono o Internet para asegurarse de que usted recibe beneficios de Medicaid.

¿Tiene preguntas? Visite UHCommunityPlan.com, 16
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Importantes puntos del plan de salud

El portal del cliente de Medicaid YourTexasBenefits.com

Puede usar el portal del cliente de Medicaid para hacer todo lo siguiente para usted o para cualquier persona cuya información médica o dental usted tenga permiso para acceder:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta YTB Medicaid
- Ver sus planes médicos y dentales
- Ver la información de sus beneficios
- Ver las alertas de Pasos Sanos de Texas de STAR y STAR Kids
- Ver alertas de transmisión
- Ver diagnósticos y tratamientos
- Ver vacunas
- Ver medicamentos recetados
- Elija si permite que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible

Para acceder al portal, vaya a www.YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en **Iniciar sesión (Log in)**
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una nueva cuenta (Create a new account)**.
- Haga clic en **Administrar (Manage)**
- Vaya a la sección “Enlaces rápidos”
- Haga clic en **Servicios de Medicaid y CHIP (Medicaid & CHIP Services)**
- Haga clic en **Ver servicios e información de salud disponible (View services and available health information)**

Nota: El portal de clientes de Medicaid YourTexasBenefits.com muestra información solo para clientes activos. Un Representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que sea parte de su caso.

Su formulario de verificación temporal de Medicaid (Forma 1027-A)

Puede solicitar una formulario de verificación temporal de Medicaid si pierde su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid. Debe comunicarse con su oficina local de elegibilidad o llamar al 2-1-1 para obtener información sobre cómo adquirir la formulario de verificación temporal de Medicaid.

- Lleve su formulario de verificación temporal al médico y cuando solicite otro tipo de atención médica
- Muestre su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid cada vez que vaya al consultorio de un médico o a una clínica
- Llame al 2-1-1 o visite su oficina local de beneficios de HHSC si se muda o cambia su número de teléfono. También llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para que podemos actualizar nuestros records. Llame a TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición.

4.15.1 Medicaid Eligibility Verification (Form H1027-A)

THIS FORM COVERS ONLY THE DATES SHOWN BELOW. IT IS NOT VALID FOR ANY DAYS BEFORE OR AFTER THESE DATES.

Each person listed below has applied and is eligible for MEDICAID BENEFITS for the dates indicated below, but has not yet received a client number. Do not submit a claim until you are given a client number. Pharmacies have 90 days from the date the number is issued to file clean claims. However, check your provider manual for other providers may have different filing deadlines. Call the eligibility worker named below if you have not been given the client number(s) within 15 days.

Each person listed below is eligible for MEDICAID BENEFITS for dates indicated below. The Medicaid Identification form is held or late. The client number must appear on all claims for health services.

Name Eligibly Verified: [Blank] Date of Birth: [Blank] State: [Blank]

Local DCU SAVER Direct Inquiry Regional Procedure IS O DCU LA & O Staff Only

Client Name (Nombre del Cliente)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Client No. (Número de Cliente)	Eligibility Dates (Periodo de Elegibilidad) From/Desde To/Hasta	Medicaid Case No. (Número de Caso de Medicaid)	Plan Name and Member Services (Nombre del Plan y Servicios de Miembro)

Signature: Client or Representative (Firma del Cliente o Representante) Date: [Blank]

Ejemplo del formulario temporal de Medicaid, reverso

Ejemplo del formulario temporal de Medicaid, frente

Only those people listed under "CLIENT NAME" have Medicaid coverage. Payment is allowed ONLY for services received during the eligibility dates reflect on the front of this form.

Note: Payment for Family Planning Services is available without the consent of the client's parent or spouse. Confidentiality is required. Family planning drugs, supplies, and services are exempt from the prescription drug and "LIMITED" restrictions.

If there is a health plan named on the front of this form, the client is a member of that health plan in a Medicaid Managed Care program.

Key to terms that may appear on this form:

Limited - Except for family planning services, and for Texas Health Steps (TPSDT) medical screening, dental, and hearing aid services, the client is limited to seeing the doctor and/or limited to using the pharmacy named on the form for drugs obtained through the "Vendor Drug Program. In the event of an emergency medical condition as defined below, the "LIMITED" restriction does not apply.

Emergency - The client is limited to coverage for an emergency medical condition. This means a medical condition (including emergency labor and delivery) requiring immediate medical attention (including severe pain) such that the absence of immediate medical care could reasonably be expected to result in (1) placing the patient's health in serious jeopardy, (2) serious impairment to bodily functions or (3) serious dysfunction of any bodily organ or part.

Hospital - The client is in hospital and wishes the right to receive services related to the hospital condition through other Medicaid programs. If client demands to leave covered hospital, call the local hospice agency or HHSC to verify.

QMS - The Medicaid agency is providing coverage of Medicare premiums, deductibles, and coinsurance liabilities, but the clients are eligible for regular Medicaid benefits.

QMSB - The Medicaid agency is providing regular Medicaid coverage as well as coverage of Medicare premiums, deductibles, and coinsurance liabilities.

PE - Medicaid covers only family planning and medically necessary subfertility services.

Women's Health Program - Medicaid coverage is limited to an annual exam, health screenings and contraceptives. The client is not eligible for regular Medicaid benefits.

Note to Pharmacy: Medicaid will pay for more than three prescriptions each month for any Medicaid client who is under age 21, or lives in a nursing facility, or has the STAR+PLUS Health Plan, or gets services through the Community Living Assistance and Support Services (CLASS), Community Based Alternatives (CBA) and other non-SB community based waiver programs. Clients with Medicare who are enrolled in STAR+PLUS may be limited to three prescriptions per month.

¿Tiene preguntas? Visite UHCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Para ir al doctor

¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?

La tarea del PCP es cuidar de usted. Los exámenes regulares con su PCP son importantes y pueden ayudarlo a mantenerse saludable. Su PCP realizará pruebas de detección médicas regulares para hallar problemas.

Hallar y tratar los problemas de forma temprana puede evitar que más adelante se agraven. De ahora en adelante, su PCP será su médico personal. Su PCP cuidará de usted y lo derivará a un especialista cuando lo necesite. Debería hablar con su PCP sobre todas sus necesidades de atención médica.

Si quiere visitar a otro médico, siempre hable primero con su PCP. Su PCP le entregará un formulario de referencia si necesita uno. Su relación con su PCP es importante. Conozca a su PCP lo antes posible. Es importante que siga los consejos del PCP. Una buena manera de entablar una relación con su PCP es llamar y programar un chequeo. De esta forma, puede conocer a su PCP. El PCP podrá conocer su historia clínica, los medicamentos que toma y cualquier otro problema de salud.

¿Puede un especialista ser considerado como un Proveedor de Atención Primaria?

En casos especiales, un especialista puede ser su PCP. Usted, el PCP, el especialista y UnitedHealthcare Community Plan tomarán esta decisión. Para obtener información, llame a Servicios para Miembros.

Recuerde que su PCP es la primera persona a quien debe llamar si tiene preguntas o problemas de salud.

Nota: Para los miembros de STAR+PLUS que se encuentran cubiertos por Medicare, no se les asignará Proveedores de Cuidado Primario.

¿Qué debo llevar a mi cita médica?

Debe llevar su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid cuando reciba servicios de atención médica. Deberá mostrar su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y su tarjeta Your Texas Benefits Medicaid cada vez que necesite recibir servicios. Si tiene un médico nuevo, lleve todos los registros médicos importantes que tenga, además de cualquier medicamento recetado por un doctor.

19 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhccommunityplan.com), o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Cómo elijo un Proveedor de Atención Primaria?

Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda con respecto a cómo elegir un PCP. Cada miembro de UnitedHealthcare Community Plan debe elegir un PCP.

También puede solicitar un Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o puede buscar en línea en UHCCommunityPlan.com.

¿Puede una clínica ser mi Proveedor de Atención Primaria?

Su PCP puede ser un médico, una clínica, un Centro Médico Rural (Rural Health Center, RHC) o un Centro de Atención Médica con Certificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC). Si asiste a un médico que le gusta, puede continuar consultando a ese médico si este pertenece a la red de UnitedHealthcare Community Plan.

Si su médico es un especialista, este podría tener autorización para ser su PCP. Si su médico NO pertenece a la red de UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicios para Miembros para elegir un PCP. Si no elige un médico, se le asignará uno. UnitedHealthcare Community Plan le enviará una tarjeta de identificación con el nombre y número de teléfono de su PCP.

¿Qué sucede si voy a un médico que no es mi Proveedor de Atención Primaria?

Excepto en casos de emergencia, siempre llame a su PCP antes de ir a otro médico u hospital. Puede llamar a su PCP o a un médico de apoyo las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si va a otro médico que no es su PCP, es posible que tenga que pagar la factura.

¿Cómo sé quién paga?

- Si tiene Medicaid y va a un doctor de Medicaid, no tiene que pagar el deducible ni el copago
- Si tiene Medicaid, pero no va a un doctor de Medicaid, debe pagar el deducible y el copago, si es necesario

¿Y si tengo otro seguro?

- Puede seleccionar un proveedor de su elección que esté en la red con su cobertura primaria; sin embargo, si ese proveedor no está inscrito en Medicaid, usted será responsable de los copagos y deducibles

Comuníquese con nosotros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1** si necesita ayuda para encontrar un proveedor que acepte toda su cobertura de seguro.

¿Tiene preguntas acerca de cómo consultar con un proveedor?

Llame a Servicios para Miembros gratuitamente al **1-888-887-9003**.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 20
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Para ir al doctor

¿Puedo seguir yendo a mi proveedor si no forma parte de mi plan de salud?

Debería intentar elegir un PCP que se encuentre en la red de proveedores de su plan de salud. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda.

¿Cómo puedo cambiar mi Proveedor de Atención Primaria?

Lo ideal es mantenerse con el mismo PCP. Su PCP lo conoce, tiene sus registros médicos y sabe qué medicamentos toma. Su PCP es la mejor persona para asegurarse de que usted está recibiendo una buena atención médica. Llame a Servicios para Miembros para informarnos que desea cambiar su PCP.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi Proveedor de Atención Primaria o el de mi hijo?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su Proveedor de Atención Primaria o el de su hijo. Puede cambiar de Proveedor de Atención Primaria llamándonos gratis al **1-888-887-9003** o escribiendo a:

UnitedHealthcare Community Plan
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de Proveedor de Atención Primaria?

El cambio de PCP entrará en vigencia el día posterior a la realización del cambio. Motivos por los que debería cambiar su PCP:

- Se ha mudado y necesita un PCP que esté más cerca de su domicilio
- No está satisfecho con su PCP

¿Existe alguna razón por la que podrían denegar mi solicitud de cambiar de Proveedor de Atención Primaria?

- Solicitó un PCP que no forma parte del plan de salud UnitedHealthcare Community Plan
- Solicitó un PCP que no acepta pacientes nuevos porque ya atiende a demasiados pacientes

¿Un Proveedor de Atención Primaria me puede derivar a otro Proveedor de Atención Primaria por falta de cumplimiento?

Sí, si su PCP cree que usted no sigue sus consejos médicos o si usted no asiste a las citas, el médico puede solicitarle que visite a otro médico. Su PCP le enviará una carta en la que le informará que debe buscar otro médico. Si esto sucede, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**. Lo ayudaremos a encontrar otro médico.

Cobertura de STAR+PLUS y Medicare

¿Cómo me afecta mi cobertura con UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS si tengo ambas coberturas Medicare y STAR+PLUS?

Si usted tiene Medicare y STAR+PLUS, usted tiene “doble elegibilidad”. Esto significa que usted tiene más de una cobertura médica. Sus beneficios con UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS no se reducirán o cambiarán ninguno de los beneficios que recibe de Medicare.

Como un miembro con “doble elegibilidad”, Medicare y STAR+PLUS, Medicare Parte D cubrirá el costo de sus medicamentos de receta. Su Coordinador de Servicios hará arreglos para sus cuidados con Medicare o con su HMO Medicare.

Si usted tiene una cobertura tradicional de Medicare, usted aun puede consultar con su doctor regular. Usted también podrá obtener cobertura de servicios por parte de Medicare, sin necesidad de obtener previa autorización de parte de UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS.

Nosotros trabajaremos junto con su doctor a través de los servicios que usted obtiene por parte de UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS. Informa a su Coordinador de Servicios el nombre de su doctor de cabecera especialmente si usted cambia de doctores.

Nosotros podemos ayudarle a cambiar de doctores si usted tiene una cobertura tradicional de Medicare pero no tiene un doctor al que vea regularmente. Ese doctor podrá hacer arreglos para sus servicios con UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS y con Medicare.

Si usted se inscribe en un HMO Medicare, su Proveedor de Cuidados Primarios será el doctor que usted ha escogido a través de su HMO Medicare. Usted no tiene que escoger a otro Proveedor de Cuidados Primarios para UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS. Su doctor de Medicare podrá trabajar a través de su Coordinador de Servicios de UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS para obtener servicios con STAR+PLUS. Asegúrese de informar a su Coordinador de Servicios cual es el nombre de su Proveedor de Cuidados Primarios de Medicare.

Planes de incentivos para doctores

UnitedHealthcare Community Plan no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios cubiertos médicamente necesarios a los miembros. Usted tiene el derecho de saber si su Proveedor de Atención Primaria (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al **1-888-887-9003** para más información.

¿Quién es la Coordinación de Servicios?

A usted se le asignará un Coordinador de Servicios cuando se inscriba en UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS. Su Coordinador de Servicio le llamará por teléfono o le visitará en persona para hablar acerca de las necesidades que cubren sus cuidados de salud e informarle a usted acerca de los servicios que puede obtener. Él o ella le harán preguntas acerca de su salud. Por favor, sea honesto y franco. Su Coordinador de Servicio mantendrá en confidencia todo lo que usted le diga. Su Coordinador de Servicio puede ayudarle en lo siguiente:

- Coordinar sus cuidados de salud con su Proveedor de Atención Primaria
- Ayudarle con cualquier servicio médico, de salud mental, y con Servicios y apoyo a largo plazo
- Ayudarle a resolver cualquier problema con sus proveedores o con sus cuidados médicos
- Encontrar la forma en que usted pueda vivir en su propia casa o en el entorno de sitios en la comunidad
- Explicarle cuales son las opciones de servicios y acomodaciones que usted tiene

¿Qué es el Servicio de Coordinación y que puede un Coordinador de Servicios hacer por mí?

La Coordinación de Servicios es un servicio por parte de UnitedHealthcare Community Plan que le provee ayuda para su salud y bienestar. Un Coordinador de Servicios revisará, planeará y le ayudará para que usted obtenga los cuidados de salud que necesita.

¿Cómo puedo ponerme en contacto con un Coordinador de Servicios?

Para ponerse en contacto con un Coordinador de Servicios, busque el número telefónico en su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda para contactar a un Coordinador de Servicios. Para las personas sordas y con problemas de audición, llame empleando TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Qué otros programas se encuentran disponibles para ayudarme a controlar mi enfermedad crónica?

Nosotros tenemos programas para el manejo de la enfermedad que ayudan a nuestros miembros con enfermedades crónicas tales como:

- Diabetes
- Asma
- Insuficiencia cardiaca
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o EPOC (COPD en inglés)
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Obesidad

Los miembros dentro de esos programas reciben recordatorios acerca de los cuidados y consejos de parte de una enfermera. Si usted tiene necesidades especiales o necesita ayuda con el control de una enfermedad crónica, llame al **1-888-887-9003** para ponerse en contacto con un Coordinador de Servicios.

Apoyo habitacional

Una vivienda segura y asequible puede hacer que sus objetivos sean alcanzables. Estamos aquí para ayudarle.

- Ayuda para solicitar los programas de apoyo para viviendas que puedan estar disponibles
- Obtención de información relacionada con alquileres
- Referencia a refugios y servicios de prevención
- Explicación de documentos
- Ayuda frente a conflictos con propietarios
- Información sobre lo que debe hacer ante una situación de desalojo

Mejore su vida mediante la ayuda para obtener alimentos, empleo, vestimenta, cuidado infantil, educación, ayuda legal y administración del dinero.

Le conectamos con servicios de calidad en su comunidad

Siempre estamos aquí para responder sus preguntas. Llame al **1-888-887-9003**.



Los planes están asegurados por UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus empresas afiliadas, una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

© 2022 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.
Y0066_190220_124505_C 932-CST26744S 8/19

25 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com),
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Sabía que usted puede escoger a la persona que le otorga sus cuidados de salud?

UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a administrar los servicios que se brindan en su propia casa

El programa de Servicios Dirigidos por el Consumidor (Consumer Directed Services – CDS) es un programa para las personas con servicios de proveedores o encargados auxiliares. Con este programa, usted da empleo y entrena a sus proveedores o encargados auxiliares. Así mismo, usted puede también revisar los presupuestos para estos servicios. Usted decide cuanto es lo que pagará a las personas que le proporcionan estos servicios. Usted decide cuanto desea gastar en suministros y equipos que va a necesitar. Usted puede designar a la persona que va administrar esos servicios para usted. Si usted escoge este programa, una agencia le entrenará en lo que usted tiene que hacer. La misma agencia se encargará de manejar la nomina para cubrir estos servicios.

Si usted escoge la opción de tener CDS, usted es el empleador. Puede dar empleo, despedir y administrar a sus propios proveedores de los servicios de salud. Esto incluye a su propio personal que le proporciona atención, al personal suplente cuando sea necesario y a los proveedores dentro y fuera de su casa que le permiten obtener descanso temporal para los proveedores regulares y proveedores de rehabilitación. Usted puede tener el control sobre la manera en que los fondos de su programa son gastados en salarios y beneficios para sus empleados. Usted escoge una agencia de CDS para que le ayude. Su agencia de CDS proporcionará capacitación y apoyo para ayudarle con las responsabilidades de empleador, paga a sus empleados según su presupuesto y presenta los impuestos para usted.

¿Porqué querría yo escoger a CDS?

Cuando usted emplea a sus propios empleados, usted a menudo encontrará a las personas que usted prefiere que trabajen para usted. Dentro de los presupuestos permitidos por del servicio, usted puede determinar el sueldo y beneficio para esos empleados. Usted puede emplear de nuevo a los empleados en aquellas ocasiones cuando los empleados regulares que tenga no puedan trabajar. Usted puede dar beneficios como días de vacaciones, y bonos. Usted escoge a una agencia CDS (CDSA) para que se encargue de llevar la nomina y de pagar los impuestos federales y estatales.

Para ir al doctor

¿Cómo funciona CDS?

Usted escoge el Administrador de los Servicios Directos del Consumidor (CDSA) para que lleven a cabo el pago de la nomina y para que actúen como sus agentes para pagar los impuestos. CDSA le ayuda a usted a formular un presupuesto. En algunos programas, CDSA le ofrece orientación en el empleo de los trabajadores, los salarios, beneficios y costos administrativos.

¿Cuáles son los servicios que pueden ser auto-dirigidos y en qué programas?

Programa	Servicios
Programa de exención de STAR+PLUS (Waiver Program antes conocido como Alternativas Basadas en la Comunidad – Community Based Alternatives)	Servicios de asistencia personal, para relevo, terapia física, terapia ocupacional, terapias del habla y de audición
Cuidados primarios en casa/servicios de asistente en la comunidad	Servicios de asistencia personal

Póngase en contacto con su Coordinador de Servicio de UnitedHealthcare Community para recibir ayuda para escoger la mejor opción. Él o ella le podrá orientar de cuáles son los servicios que usted puede obtener. Llame al **1-888-887-9003** o para las personas sordas y con problemas de audición, llame empleando TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Qué sucede si necesito consultar con un médico especial (especialista)?

Su PCP podría solicitar que usted visite a un médico especial (especialista) en ciertas necesidades de atención médica. A pesar de que su PCP se puede encargar de la mayoría de sus necesidades de atención médica, en ocasiones, puede solicitarle que visite a un especialista para recibir atención. El especialista está capacitado y tiene más experiencia en la atención de ciertas afecciones médicas, enfermedades y lesiones. UnitedHealthcare Community Plan cuenta con muchos especialistas que trabajarán con usted y su PCP para atender sus necesidades.

¿Qué es una referencia?

Su PCP hablará con usted sobre sus necesidades y lo ayudará a planificar una consulta con un especialista que le brinde la mejor atención que necesita. Esto se llama una referencia. Su médico es la única persona que le puede otorgar una referencia para que consulte con un especialista. Si realiza una visita o recibe servicios de un especialista sin la referencia de su PCP o si el especialista no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, usted podría ser responsable de pagar la factura. En algunos casos, un obstetra/ginecólogo también le puede otorgar una referencia para servicios relacionados.

¿Qué servicios no necesitan una referencia?

NO necesita una referencia para:

- Servicios de emergencia
- Atención de un obstetra/ginecólogo
- Servicios de salud conductual
- Servicios oftalmológicos de rutina
- Servicios odontológicos de rutina

Comuníquese con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para determinar si necesita una referencia.

¿Cuánto debo esperar para visitar a un especialista?

En algunas situaciones, es posible que el especialista lo atienda inmediatamente. Según la necesidad médica, es posible que tenga que esperar algunas semanas para su cita con el especialista.

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Usted tiene derecho a solicitar una segunda opinión de un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan si no está satisfecho con el plan de atención brindado por el especialista. Su Proveedor de Atención Primaria debería poder otorgarle una referencia para realizar una consulta y obtener una segunda opinión. Si su médico necesita que usted consulte con un especialista que no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, esa visita deberá ser aprobada por UnitedHealthcare Community Plan. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para recibir asistencia sobre cómo obtener una segunda opinión.

Previa autorización

En algunos casos, su proveedor debe obtener el permiso del plan de salud antes de brindarle un determinado servicio. A esto se le llama autorización previa. Esta es la responsabilidad de su proveedor. Si no obtienen la autorización previa, no podrá obtener esos servicios.

No necesita autorización previa para los servicios de imágenes avanzados que se llevan a cabo en una sala de emergencias, una unidad de observación, un centro de atención de urgencia o durante una estadía como paciente hospitalizado. No necesita autorización previa para emergencias. No necesita autorización previa para consultar a un proveedor de atención médica para mujeres para obtener servicios de salud para mujeres o si está embarazada o recibe chequeos médicos de Texas Health Steps (Pasos Sanos de Texas) para miembros menores de 21 años. Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.

Puede ser necesaria una autorización previa

Algunos servicios que necesitan autorización previa incluyen:

- Admisiones de hospital
- Ciertos procedimientos de imágenes para pacientes ambulatorios, incluidos los procedimientos de imágenes por tomografía por emisión de positrones (TEP)
- Algunos servicios de equipos médicos duraderos
- Algunos medicamentos recetados
- Cirugía de adelgazamiento
- Terapia física, del habla y ocupacional
- Cardiología
- Transporte en ambulancia que no es de emergencia

Todos los servicios no par requieren una autorización previa.

¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o problemas de alcohol o drogas? ¿Necesito una referencia para esto?

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de atención de salud conductual y abuso de sustancias médicamente necesarios. Si tiene problemas de drogas o está muy molesto por algún motivo, puede recibir ayuda. Llame al **1-888-887-9003** para recibir asistencia. No necesita una referencia para estos servicios.

Habrán personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés. Si necesita ayuda con otros idiomas, infórmeles al respecto. Servicios para Miembros lo conectará con la Línea de idiomas de AT&T y responderá sus preguntas. Llame a TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición.

Si se encuentra ante una situación de crisis y tiene problemas con la línea telefónica, llame al **9-1-1** o vaya a la sala de emergencias más cercana y comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan dentro de las 24 horas.

¿Cuáles son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y de Administración de Casos Escogidos de Salud Mental? ¿Cómo puedo obtener esos servicios?

Los servicios de Rehabilitación de Salud Mental son un programa basado en la comunidad. Estos servicios se proveen a personas que tienen problemas con su salud mental. Usted aprenderá nuevas actividades. Estas nuevas actividades le ayudarán a crear nuevas habilidades y fortalecerá individual. Estas nuevas actividades le ayudarán durante una crisis. Su proveedor de salud mental evaluará las necesidades que tenga para estos servicios. Estos servicios pueden proveerse al mismo tiempo que se proveen otros servicios de salud mental.

El programa de Administración de Casos Escogidos de Salud Mental está basado en la comunidad. Estos servicios se proveen a personas que tienen problemas con su salud mental. Su proveedor de salud mental le asignará a un miembro del equipo. Esta persona será su administrador del caso. Su administrador de caso trabajará con usted para encontrar los servicios o recursos existentes en su área que pueden ayudarle. El administrador de caso puede acudir a su casa. Usted también puede verles en sus oficinas. Estos servicios pueden proveerse al mismo tiempo que se proveen otros servicios de salud mental.

¿Tiene preguntas? Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com), 30
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el medicamento recetado por usted. UnitedHealthcare Community Plan cubre cientos de medicamentos recetados de cientos de farmacias. Una lista de los medicamentos comúnmente cubiertos se encuentra en la lista de medicamentos preferidos de Texas (PDL) o Formulario. UnitedHealthcare Community Plan pagará por cualquier medicamento que figure en el formulario de medicamentos de UnitedHealthcare Community Plan y puede pagar por otros medicamentos si están autorizados previamente. Consulte a continuación para obtener información sobre la autorización previa. Usted puede surtir su receta en cualquier farmacia de la red. Todo lo que tiene que hacer es mostrar su tarjeta de identificación del plan de salud, cualquier otra tarjeta de identificación del seguro y su tarjeta de Medicaid Your Texas Benefits.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Para recibir asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-888-887-9003** o busque una farmacia en nuestro sitio web en UHCCommunityPlan.com.

¿Qué sucede si voy a una farmacia que no pertenece a la red?

Es posible que esto afecte su capacidad para obtener los medicamentos que necesita. Para recibir asistencia o encontrar una farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-888-887-9003**. También puede ir a nuestro sitio web UHCCommunityPlan.com.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Necesitará su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, una tarjeta de Medicare si tiene una y su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid. Si tiene cobertura con otro plan de seguro, lleve también la otra tarjeta de seguro.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?

Algunas farmacias están en nuestro programa de envío. Pregunte en la farmacia si envían a miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

Para obtener una lista de las farmacias de la red que envían, vaya a esta dirección web:

https://www.uhccommunityplan.com/content/dam/uhccp/plandocuments/findapharmacy/Texas_Listing_of_Delivery_Pharmacies.pdf

O

https://www.uhccommunityplan.com/tx/medicaid/star_kids > Pharmacy > Find a Pharmacy > Search for a Pharmacy > Filters and advanced search > (Select Filter) Retail pharmacy delivery.

31 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿A quién puedo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

Puede obtener todas las recetas de su médico en cualquier farmacia que acepte UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Siempre recuerde llevar su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid cuando visite al médico o cuando vaya a la farmacia.

¿Qué es una aprobación previa (autorización) de medicamentos recetados?

Si su medicamento con receta no figura en la PDL o está en la lista pero requiere aprobación previa, su proveedor de atención médica puede solicitar una aprobación previa para usted, por lo cual usted aún puede obtener ese medicamento. Aprobaremos o rechazaremos la solicitud dentro de 24 horas. Si se aprueba una solicitud, usted y su proveedor de atención primaria serán informados de la decisión por escrito, incluyendo la duración de la aprobación del medicamento. Si se rechaza una solicitud, usted y su proveedor de atención primaria serán informados de la decisión por escrito. El aviso de decisión por escrito le dirá cómo y cuándo puede apelar esta decisión y presentar una queja o reclamación ante UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para tres días. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos. Para una lista de medicamento cubiertos, por favor visite UHCCommunityPlan.com.

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?

Para recibir asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-888-887-9003**.

¿Cómo puedo obtener mis medicamentos si me encuentro recluso en un centro de enfermería?

La manera en la cual usted puede obtener sus medicamentos cuando se encuentra recluso en un centro de enfermería no cambiará. Los medicamentos de receta tienen cobertura a través del programa Proveedor de Medicamentos de Medicaid o Medicare Part D.

¿Qué sucede si yo tengo también Medicare?

Medicare o su Plan de Salud Medicare paga los servicios que reciba antes que UnitedHealthcare Community Plan pague. UnitedHealthcare Community Plan puede cubrir el costo de algunos de los servicios que Medicare no cubre para los miembros de STAR+PLUS.

¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?

Ciertos equipos médicos duraderos (DME) y productos que se encuentran normalmente en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, UnitedHealthcare Community Plan paga por nebulizadores, artículos para la ostomía y otros artículos y equipo si son médicamente necesarios. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), UnitedHealthcare Community Plan también paga artículos médicamente necesarios, como medicamentos recetados por un doctor que se compran sin receta, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales.

Para más información sobre estos beneficios o preguntas acerca de si su farmacia provee DME u otros suministros, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

Si usted no sigue las reglas de Medicaid, puede que le asignen al Programa Lock-in. Este programa revisa cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid no cambian. Cambiar a una MCO diferente no cambiará el estado de Lock-in.

Para evitar ser puesto en el programa de Lock-in de Medicaid:

- Escoja una farmacia en particular y úsela todo el tiempo
- Asegúrese de que su doctor de cabecera, dentista primario o los especialistas a los que le envían, sean los únicos doctores que le receten medicamentos
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes doctores

Para más información, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿A quién necesito llamar si tengo necesidades especiales de cuidados para la salud y necesito de alguien que me ayude?

Si usted tiene necesidades especiales de cuidados para la salud, tales como una enfermedad seria actualmente, una discapacidad o condiciones crónicas o complejas, por favor llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para que le ayuden con sus necesidades especiales.

¿Qué sucede si necesito recibir atención de un obstetra/ginecólogo? ¿Necesito una referencia?

Aviso importante para la mujer: UnitedHealthcare Community Plan le permite escoger a cualquier gineco-obstetra (OB/GYN), esté o no en la misma red que su Proveedor de Atención Primaria.

Usted tiene el derecho de escoger a un gineco-obstetra sin un envío a servicios su PCP. Un gineco-obstetra le puede brindar:

- Un examen preventivo para la mujer cada año
- Atención relacionada con el embarazo
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer
- Envíos para ver a un especialista de la red

Puede obtener los servicios de OB/GYN que brinda su médico. También puede elegir un especialista en OB/GYN para que se encargue de sus necesidades de salud femeninas. Un OB/GYN puede ayudarla con su atención durante el embarazo, los chequeos anuales o sus problemas femeninos.

NO necesita una referencia de un médico para recibir estos servicios. Su obstetra/ginecólogo y su médico trabajarán en conjunto para asegurar que usted reciba la atención que necesita.

Para ir al doctor

¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo como mi Proveedor de Atención Primaria?

Si su obstetra/ginecólogo está de acuerdo en ser su Proveedor de Atención Primaria, solicítele que se comunique con nuestro equipo de Servicios para Miembros.

¿Puedo conservar mi obstetra/ginecólogo aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan?

Si usted está más allá de la semana 24 de su embarazo, usted puede seguir viendo a su OB/GYN actual a través del control posparto, incluso si el proveedor está fuera de la red. Si desea cambiar a un OB/GYN dentro de la red, se le permite que lo haga si el proveedor está de acuerdo en aceptarla en el último trimestre de su embarazo. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan llamando al **1-888-887-9003**. UnitedHealthcare Community Plan hará los arreglos necesarios para que continúe el tratamiento con el obstetra/ginecólogo que la ha estado atendiendo. El médico también puede comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan para ver si puede convertirse en uno de nuestros proveedores.

Si no está embarazada ni está en los últimos 3 meses de embarazo, puede elegir cualquier obstetra/ginecólogo dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Si consulta con un médico que no está en nuestra red, es posible que usted tenga que pagar los gastos. Si necesita una lista de proveedores, llame a Servicios para Miembros. Puede llamarnos al **1-888-887-9003** para obtener ayuda para elegir un obstetra/ginecólogo.

¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo?

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para ayuda en elegir a un OB/GYN. También puede pedir un directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, o puede buscar en línea en UHCCommunityPlan.com.

Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?

Sí. Si su obstetra/ginecólogo no es su PCP, puede seguir recibiendo todos los servicios que necesita de su obstetra/ginecólogo, incluidos los servicios de planificación familiar, obstetricia y los servicios y procedimientos de rutina de ginecología.

¿Necesitaré una referencia para obtener los servicios de un obstetra/ginecólogo?

No, no necesita una referencia para servicios de un OB/GYN.

¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de contactarme con mi obstetra/ginecólogo para una cita?

Si necesita recibir atención prenatal, su médico la debería atender dentro de las dos semanas de su solicitud.

¿Qué ocurre si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?

El UnitedHealthcare Community Plan sabe que las mamás saludables tienen bebés saludables. Esa es la razón por la cual nosotros tomamos cuidados especiales con las futuras madres. Nosotros tenemos un programa especial prenatal llamado Healthy First Steps (Primeros Pasos Saludables) para proporcionarle información y apoyo.

Si usted está o pudiera estar embarazada:

- Podemos ayudarle con su embarazo
- Healthy First Steps le proveerán con la educación y ayuda para reducir los problemas durante su embarazo
- Consulte con su PCP o un OB/GYN. Para ello usted no tiene que ver primero a su PCP.

Así es cómo:

- Haga una cita con un OB/GYN. Usted debe tratar de visitarle dentro de los 10 días siguientes (o aun más pronto, si es posible) para su primera vista prenatal.
- El OB/GYN que usted seleccione TIENE QUE SER parte de nuestra red de proveedores
- Es importante para las mujeres embarazadas que vean a su doctor muchas veces durante su embarazo, aun cuando no se trate del embarazo con su primer hijo
- Si usted no tiene ya a un OB/GYN, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de parto?

Para encontrar un centro de parto, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

Para ir al doctor

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece UnitedHealthcare Community Plan a las mujeres embarazadas?

Las mujeres embarazadas obtienen servicios de administración de casos a través de nuestro programa Healthy First Steps y, además, reciben servicios especiales. Las mujeres embarazadas recibirán un guía que, ofrece información sobre varios temas relacionados con el embarazo. No necesita autorización previa para consultar a un proveedor de atención médica para mujeres para obtener servicios de salud para mujeres o si está embarazada o recibe chequeos médicos de Texas Health Steps para miembros menores de 21 años. Los servicios de emergencia no requieren autorización previa. Además, todas las mujeres embarazadas estarán invitadas a nuestras celebraciones por nacimiento (baby showers). Las mujeres que sean miembro y sus invitados podrán participar de nuestras celebraciones por nacimiento (baby showers) donde ofrecemos premios, refrigerios e información educativa sobre temas del embarazo, como los programas Healthy First Steps, Texas Health Steps, molestias normales del embarazo y trabajo de parto.

¿Puedo elegir un Proveedor de Atención Primaria para mi bebé antes de que nazca el bebé?

Sí. Usted puede escoger un PCP para su bebé de la lista de los doctores de UnitedHealthcare Community Plan STAR en cualquier momento antes de que nazca su bebé. Es una buena idea para que puedas conocer al doctor. Llame a Servicios para Miembros si desea ayuda para escoger un PCP para su bebé.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el Proveedor de Atención Primaria de mi bebé?

Usted puede cambiar el PCP de su bebé de la misma manera que cambia su PCP. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** si desea cambiar el PCP de su bebé.

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo debo avisar a mi plan de salud? ¿Cómo y cuándo debo avisar a mi trabajador de casos?

Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** e infórmenos sobre el nacimiento de su bebé en cuanto nazca. Solicite también una enfermera del programa Healthy First Steps. Además, llame al 1-800-252-8263 para comunicarse con el asistente social de la Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas, y solicite asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) si necesita recibir asistencia para comprar alimentos para usted y su bebé.

¿Cómo puedo recibir cuidados de salud después de que mi bebé ha nacido y yo no estoy ya cubierta por Medicaid?

Después de que su bebé ha nacido, usted puede perder su cobertura con Medicaid. Usted podría obtener algunos servicios para los cuidados de la salud a través del Programa de Mujeres sanas de Texas (Healthy Texas Women) y el Departamento de Servicios de Salud del Estado (Department of State Health Services – DSHS). Estos servicios son para mujeres que solicitan estos servicios y que son aprobadas.

37 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan), o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Programa de Mujeres sanas de Texas (Healthy Texas Women)

El Programa de Mujeres sanas de Texas (Healthy Texas Women) brinda exámenes para la planificación familiar, pruebas de salud relacionadas y contraceptivos para mujeres entre las edades de 18 a 44 años cuyos ingresos familiares se encuentran al nivel o por debajo de los límites de ingresos fijados por el programa (185 por ciento del nivel de pobreza federal). Usted debe presentar una solicitud para conocer si puede calificar para los servicios dentro de este programa. Para conocer más acerca de los servicios disponibles a través del Programa de Mujeres sanas de Texas (Healthy Texas Women), escriba, llame o visite el sitio de internet del programa en:

Healthy Texas Women Program

P.O. Box 14000

Midland, TX 79711-9902

Teléfono: 1-800-335-8957

Internet: www.texaswomenshealth.org/

Fax: (gratuitamente) 1-866-993-9971

Programa de Atención Primaria de Salud de DSHS

El Programa de Atención Primaria de Salud de DSHS sirve a mujeres, niños y hombres que no pueden obtener acceso a la misma atención a través de seguros u otros programas. Para obtener servicios a través de este programa, los ingresos de una persona deben estar en o por debajo de los límites de ingresos del programa (200 por ciento del nivel federal de pobreza). Una persona aprobada para servicios puede tener que pagar un copago, pero nadie es rechazado por servicios debido a la falta de dinero.

Atención Primaria de Salud se centra en la prevención de la enfermedad, la detección temprana y la intervención temprana de los problemas de salud. Los principales servicios prestados son:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios preventivos de salud, incluyendo vacunas (inyecciones) y educación de salud, así como laboratorio, rayos X, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico apropiados

Los servicios secundarios que se pueden proporcionar son servicios de nutrición, exámenes de salud, atención médica en el hogar, atención dental, paseos a visitas médicas, medicamentos que su doctor ordena (medicamentos recetados), suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies dañados (servicios de podología) y servicios sociales.

Para ir al doctor

Podrá solicitar servicios de Atención Primaria de Salud en ciertas clínicas de su área. Para encontrar una clínica donde pueda solicitar, visite el DSHS Family and Community Health Clinic Locator en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del programa de Atención Primaria de Salud, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/phc/

Teléfono: 512-776-7796

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa para los cuidados de atención primarios extendidos DSHS

El Programa para los cuidados de atención primarios extendidos brinda servicios primarios y preventivos, así como pruebas de diagnóstico a mujeres de 18 o más años de edad quienes estén al nivel o por abajo del nivel de los límites de ingresos fijados por el programa (200 por ciento del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión comunitaria se brindan a través de clínicas comunitarias bajo contrato con DSHS. Trabajadores de salud en la comunidad asegurarán que las mujeres obtengan los servicios preventivos y pruebas médicas que necesitan. Algunas clínicas pueden ofrecer ayuda con la alimentación dando el pecho.

Usted puede solicitar esos servicios en ciertas clínicas en su área. Para localizar a una clínica en donde usted pueda solicitarlos, visite el localizador de clínicas para los Servicios de Familia y Salud Comunitaria DSHS (DSHS Family and Community Health Services Clinic) en <http://txclinics.com/>.

Para conocer más acerca de los servicios que usted puede conseguir a través de los Servicios de Familia y Salud Comunitaria DSHS (DSHS Family and Community Health Services Clinic), visite el sitio en internet del programa, llame o envíe un correo electrónico a:

Internet: www.dshs.state.tx.us/ephc/Expanded-Primary-Health-Care.aspx

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa de Planificación Familiar de DSHS

El programa de planificación familiar tiene clínicas a través del Estado que brindan control anticonceptivo de bajo costo y de fácil uso para mujeres y hombres.

Para encontrar una clínica en su área, visite al localizador de clínicas para los Servicios de Familia y Salud Comunitaria DSHS (DSHS Family and Community Health Services Clinic) en <http://txclinics.com/>.

Para conocer más acerca de los servicios que usted puede obtener a través del Programa de Planificación Familiar, visite el sitio en internet del programa, llame o envíe un correo electrónico a:

Internet: www.dshs.state.tx.us/ephc/Expanded-Primary-Health-Care.aspx

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

¿Cómo concierto citas?

Si necesita recibir atención, llame a su PCP. Su PCP hará los arreglos para satisfacer sus necesidades de atención. Encontrará el nombre y número de teléfono de su PCP en su tarjeta de ID de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué debo llevar a mi cita?

Cuando vaya a su cita, siempre lleve su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid, cualquier otra(s) tarjetas de seguro médico que usted pueda tener, una lista de los problemas que tiene y una lista de todos los medicamentos que toma o de los tratamientos con plantas medicinales que sigue.

¿Cómo obtengo atención médica después del horario de cierre del consultorio de mi Proveedor de Atención Primaria?

Si el consultorio de su PCP está cerrado, su PCP le brindará un número al que lo puede llamar las 24 horas y los fines de semana. Es mejor llamar a su PCP tan pronto como necesite atención. No espere hasta la noche o el fin de semana para llamar a su PCP si puede obtener ayuda durante el día. Su enfermedad podría empeorar a medida que pasa el día. Si se enferma durante la noche o el fin de semana, y no puede esperar para obtener ayuda, llame a su PCP al número de teléfono que se incluye en el frente de su tarjeta de identificación. Si no se puede comunicar con su PCP o si desea hablar con alguien mientras espera que su PCP lo llame, llame a la línea de enfermería NurseLine al 1-877-839-5407 para hablar con una enfermera. Nuestras enfermeras se encuentran a su disposición para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si cree que verdaderamente tiene una emergencia, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 40
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al **1-888-887-9003** y le ayudaremos a encontrar a un doctor. Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al **1-888-887-9003**.

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

Si tiene una emergencia fuera del estado, diríjase a la sala de emergencias más cercana para recibir atención. Si se enferma y necesita recibir atención médica cuando está fuera del estado, llame a su PCP de UnitedHealthcare Community Plan. Su PCP puede indicarle lo que necesita hacer si no se siente bien.

Para que el médico o la clínica que lo atienden fuera del estado puedan recibir el pago, estos deben estar inscritos en Texas Medicaid. Muéstreles su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid y la de UnitedHealthcare Community Plan antes de que lo atiendan. Solicite al médico que llame a UnitedHealthcare Community Plan para obtener un número de autorización. Encontrará dicho número de teléfono en la parte posterior de su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto tenga su nueva dirección, infórmele a la oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios llamando al 2-1-1 y al departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan llamando al **1-888-887-9003**. Antes de recibir los servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan, excepto que necesite recibir servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención a través de UnitedHealthcare hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos cambie su dirección.

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de Texas STAR+PLUS al 1-800-964-2777. Puede cambiar su plan de salud tan a menudo como desee.

¿A quién llamo?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de Texas STAR+PLUS al 1-800-964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar los planes de salud?

Puede cambiar los planes de salud tantas veces como lo desee, pero no más de una vez al mes.

¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de planes de salud?

Si llama para cambiar de plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el día primero del mes siguiente. Si llama después del 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

- Si llama el día 15 de abril o antes, el cambio entrará en vigor el 1 de mayo
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigor el 1 de junio

¿UnitedHealthcare Community Plan me puede pedir que me retire de su plan de salud (por falta de cumplimiento, etc.)?

Sí. UnitedHealthcare Community Plan podría solicitar que se retire a un miembro del plan por “causas justas”. Algunas “causas justas” podrían ser, entre otras, las siguientes:

- Fraude o abuso por parte de un miembro
- Amenazas o actos físicos que provocan daño al personal o a los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan
- Robo
- Falta de cumplimiento de las políticas y los procedimientos de UnitedHealthcare Community Plan, como:
 - Permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro;
 - No asistir a las visitas en varias oportunidades;
 - Demostrar un comportamiento descortés o reaccionar de mala manera hacia un proveedor o hacia el personal; o
 - Seguir visitando a un médico que no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

Para ir al doctor

UnitedHealthcare Community Plan no le pedirá que abandone el programa sin intentar llegar a un acuerdo con usted. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. La Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas decidirá si se le puede solicitar a un miembro que abandone el programa.

Servicios de idiomas e intérpretes

UnitedHealthcare Community Plan tiene personal que hablan inglés y español. Si usted habla otro idioma o tiene problemas de audición y necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o TDD/TTY: **7-1-1** para personas sordas y con problemas de audición. También puede comunicarse con su Coordinador de Servicios llamando al **1-888-887-9003**.

¿Puede alguien brindarme servicios de intérprete cuando hablo con mi médico? ¿A quién debo llamar para conseguir un intérprete? ¿Con cuánto tiempo de anticipación debo llamar?

Tiene derecho a hablar con su médico en el idioma que prefiera. UnitedHealthcare Community Plan puede coordinar los servicios de un intérprete para usted. Llame al **1-888-887-9003** si necesita un traductor. Llame a TDD/TTY: **7-1-1** para personas sordas y con problemas de audición. Llame tan pronto como programe la cita o, al menos, 24 horas antes.

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona, en el consultorio del proveedor?

Los intérpretes pueden dirigirse al consultorio de su médico y ayudarlo a hablar con su médico personalmente en el idioma que prefiera. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener más información.

¿Qué significa “medicamente necesario”?

1. Para los miembros desde nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas (Texas Health Steps):
 - a. servicios de detección y para la vista y la audición; y
 - b. otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental y abuso de sustancias, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:
 - (i) debe cumplir con los requisitos de Alberto N., et al. v. Traylor, y col. acuerdos de liquidación parcial; y
 - (ii) puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2) (b-g) y (3)(b-g) de esta definición.

43 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

2. Para los miembros mayores de 20 años, servicios para la salud no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:
 - a. son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del miembro;
 - b. se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;
 - c. cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
 - d. son consistentes con el diagnóstico de la condición;
 - e. son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
 - f. no son experimentales ni de estudio; Y
 - g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y
3. Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud conductual que:
 - a. son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;
 - b. cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;
 - c. se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro;
 - d. se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
 - e. no se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
 - f. no son experimentales ni de estudio; Y
 - g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Atención médica de emergencia

La atención médica de emergencia se presta para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia.

Padecimiento médico de emergencia significa:

Un padecimiento médico que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluso dolor muy fuerte) que la persona prudente, que tenga conocimientos promedio sobre la salud y la medicina, podría deducir que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

1. poner en grave peligro la salud del paciente;
2. ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
3. ocasionar disfunción grave de algún órgano vital o parte del cuerpo;
4. causar desfiguración grave; O
5. en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o del feto.

Padecimiento de salud mental y abuso de sustancias de emergencia significa:

Cualquier padecimiento, sin importar la naturaleza o causa del padecimiento, que según la opinión de una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina:

1. requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; O
2. hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y atención de emergencia significan:

Servicios cubiertos de paciente interno y externo que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar un padecimiento médico o de salud mental y abuso de sustancias de emergencia, entre ellos, los servicios de atención de pos-estabilización.

¿Qué tan pronto puedo esperar recibir atención en una emergencia?

El tiempo de espera de las emergencias dependerá de sus necesidades médicas y está determinado por el centro de emergencias que lo atienda.

¿Qué es la pos-estabilización?

Los servicios de atención de pos-estabilización son servicios cubiertos por Medicaid que lo mantienen en un estado estable después de recibir atención médica de emergencia.

¿Qué es la atención médica de urgencia?

Otro tipo de los cuidados de salud son los cuidados urgentes. Hay algunas lesiones o enfermedades que probablemente no son emergencias, pero pueden convertirse en emergencias si no se administra tratamiento dentro de las primeras 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Laceraciones (cortadas) y quemaduras menores
- Dolores de oído
- Dolores de garganta
- Torcedura y esguinces (desgarros) de músculos

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos cuidados de salud urgentes?

Para obtener cuidados urgentes, usted debe llamar a la oficina de su doctor, aun si es de noche o en un fin de semana. Su doctor le dirá que es lo que usted debe hacer. En algunos casos el doctor puede decirle que acuda a una clínica de cuidados urgentes. Si su doctor le dice que vaya a una clínica de cuidados urgentes, usted no tiene que hacer una cita antes de ir. Usted debe ir a una clínica afiliada con UnitedHealthcare Community Plan Medicaid. Para obtener ayuda, llámenos sin costo al **1-888-887-9003**. Usted también puede llamar las 24 horas del día a nuestra Línea de Ayuda de Enfermeras al **1-888-887-9003** en donde puede encontrar ayuda acerca de los cuidados que necesita.

¿Qué tan pronto me pueden ver?

Usted probablemente pueda ver a su doctor para una cita para cuidados urgentes. Si su doctor le indica que debe ir a una clínica de urgencias, usted no necesita llamar a la clínica antes de ir. La clínica de cuidados urgentes debe estar afiliada con UnitedHealthcare Community Plan Medicaid.

¿Qué es la atención médica de rutina y qué tan pronto puedo esperar recibir atención?

Si necesita un cheque físico, la visita es de **rutina**. Su médico deberá atenderlo dentro de los 14 días. UnitedHealthcare Community Plan con gusto lo ayudará a concertar una cita, solo llámenos al **1-888-887-9003**.

Recuerde: Es mejor consultar a su médico **antes** de enfermarse, para poder crear una relación con él. Es mucho más fácil llamar a su médico por problemas médicos si este ya lo conoce.

Usted deberá ver a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan para atención de urgencia y de rutina. Puede comunicarse siempre con UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** si necesita ayuda para elegir a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan los servicios dentales de emergencia?

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios limitados dentales de emergencia en un hospital o centro de cirugía ambulatorio, incluyendo pago para lo siguiente:

- Tratamiento para una luxación mandibular
- Tratamiento para traumatismo de los dientes y estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías
- Hospital, doctor y servicios médicos relacionados como medicamentos para cualquiera de las condiciones anteriores

UnitedHealthcare Community Plan también cubre los servicios dentales que su hijo reciba en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, incluyendo otros servicios que su hijo necesite como la anestesia.

¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos gratis al **1-888-887-9003** o llame al **9-1-1**.

¿Qué cobertura para los servicios dentales en niños brinda UnitedHealthcare Community Plan?

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios dentales de emergencia en hospitales o centros ambulatorios de cirugía, incluyendo, pero no limitados a, pagos por:

- Tratamientos por dislocaciones de mandíbula
- Tratamientos por daños traumáticos a los dientes o a estructuras de soporte
- Remoción de quistes
- Tratamientos de abscesos en dientes y encías

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de hospital, doctores, y servicios médicos relacionados a las condiciones arriba mencionadas. Esto incluye los servicios necesarios que el doctor brinda a su hijo, como anestesia u otros medicamentos.

UnitedHealthcare Community Plan es también responsable por el pago de tratamientos y aparatos y dispositivos para las anomalías craneofaciales.

¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?

El plan dental de Medicaid de su hijo ofrece todos los demás servicios dentales, entre ellos, servicios que previenen las caries y servicios para arreglar los problemas dentales. Llame al plan dental del niño para aprender más sobre los servicios dentales que ofrecen.

Hay dos planes dentales de Medicaid para los niños menores de 21 años de edad:

DentaQuest 1-800-516-0165

MCNA Dental 1-855-691-6262

UnitedHealthcare Dental w1-877-901-7321

Para más información, llame a la línea de ayuda de Texas STAR+PLUS al 1-800-964-2777.

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?

Si necesita servicios de atención oftalmológica, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor cercano a su domicilio.

Beneficios y servicios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

UnitedHealthcare Community Plan STAR+ PLUS cubre los servicios médicamente necesarios especificados. Esta lista incluye algunos de sus beneficios de cuidados de salud:

- Servicios de ambulancia
- Servicios de audiolología, incluidos audífonos, para adultos y niños
- Servicios de salud conductual
- Servicios de parto
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de asesoramiento para adultos
- Diálisis
- Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno de hospitalización
- Equipos y suministros médicos duraderos
- Servicios de Intervención Temprana en la Infancia (ECI)
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de atención médica en el hogar
- Servicios en hospital, internación y ambulatorios
- Laboratorio
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados
- Chequeos médicos y Servicios del Programa de Atención médica Integral (CCP) para niños a través del Programa Pasos Sanos de Texas
- Optometría, anteojos y lentes de contacto, si son médicamente necesarios
- Evaluación oral y barniz de fluoruro en el hogar médico junto con el chequeo médico de Pasos Sanos del programa Texas Health Steps para niños de 6 meses a 35 meses de edad
- Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios
- Terapias físicas, ocupacionales y del habla
- Podología

49 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhccommunityplan.com), o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

- Cuidados prenatales
- Servicios preventivos incluyendo un chequeo médico anual para adultos en pacientes mayores de 21 años
- Servicios de atención médica primaria
- Servicios de psiquiatría
- Radiología, imágenes y radiografías
- Servicios de médicos especialistas
- Servicios de tratamiento de trastornos por el uso de sustancias
- Trasplante de órganos y tejidos
- Visión

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Existen limitaciones para algún servicio cubierto?

Puede haber limitaciones para algunos de los servicios cubiertos. Si desea conocer más detalles, contacte a Servicios para Miembros en el **1-888-887-9003**.

¿Si me encuentro en un centro de enfermería, cambiarán mis beneficios de STAR+PLUS?

Las personas que vivan en un centro de enfermería y estén cubiertas por Medicaid y que además sean elegibles para STAR+PLUS obtendrán sus servicios básicos de salud (cuidados críticos) y los servicios a largo plazo a través de STAR+PLUS. Las personas que tengan ambos programas, Medicaid y Medicare (elegibilidad doble), obtendrán los servicios de salud básicos a través de Medicare y los servicios a largo plazo a través de STAR+PLUS Medicaid.

¿A qué servicios puedo acceder como miembro de Medicaid Breast and Cervical Cancer (MBCC)?

Los miembros de MBCC son elegibles para todos los beneficios bajo el programa STAR+Plus, incluyendo cuidados especializados, oncología y coordinación de servicios.

¿Qué son los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) y cómo obtengo estos servicios?

Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) son servicios prestados por profesionales de la salud que ofrecen servicios directos en el hogar y basados en la comunidad para las personas de edad avanzada y personas con discapacidades. Póngase en contacto con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para pedir estos servicios.

¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos de largo plazo?

Los servicios y apoyos a largo plazo pueden incluir:

- Actividades diurnas y servicios de salud (DAHS)
- Atención primaria a domicilio (PHC)
- Community First Choice (atención de asistente, habilitación, servicios de respuesta a emergencias y administración de apoyo)

Otros servicios bajo la exención de Servicios basados en el hogar y la comunidad STAR+PLUS incluyen:

- Servicios de asistencia personal
- Ayudas adaptativas
- Servicios de hogar para el cuidado de crianza para adultos
- Asistencia de la vida diaria
- Servicios de respuesta a emergencias
- Comidas a domicilio
- Suministros médicos
- Pequeñas modificaciones en el hogar (hacer cambios en su hogar para que pueda moverse con seguridad)

- Servicios de enfermería
- Cuidado de relevo (cuidado a corto plazo para proporcionar un descanso a los cuidadores)
- Terapias (ocupacionales, físicas y del habla y lenguaje)
- Servicios de asistencia transitoria

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número hablo para obtener información acerca de estos servicios?

Llame a su Coordinador de Servicios de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Cuáles son mis beneficios de atención aguda?

Los servicios médicamente necesarios que cubre UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS se enumeran a continuación. Los hospitales de la red de STAR+PLUS le darán todos los artículos y servicios necesarios cuando los solicite su médico. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a:

Cuidados para pacientes hospitalizados:

- Alojamiento y comidas en habitación semiprivada, unidad cardíaca o de terapia intensiva
- Sangre total necesaria para tratamiento de enfermedades o lesiones
- Atención de parto (atención habitual y atención prenatal especial para mujeres embarazadas con problemas específicos)
- Atención neonatal (atención neonatal regular y atención de enfermería especial para bebés recién nacidos con problemas)
- Todos los servicios y suministros de apoyo necesarios ordenados por un médico
- Servicios de trasplante, que incluyen: hígado, corazón, pulmón, médula ósea y córnea
- Servicios de ambulancia para emergencias y situaciones de no emergencia para miembros con discapacidades graves
- Servicios de salud conductual y abuso de sustancias

Beneficios y servicios

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios:

Para los servicios de emergencia, STAR+PLUS cubrirá la atención hospitalaria ambulatoria de la siguiente manera:

- Servicios suministrados en la sala de emergencias o clínica hospitalaria
- Elementos o servicios de rehabilitación o exámenes que solicite su médico
- Cirugía que no requiera internación hospitalaria
- Servicios de salud conductual y abuso de sustancias (cuando son médicamente necesarios)

Centros de cirugía sin cita previa:

- Cirugía menor que no requiera internación hospitalaria

Servicios profesionales:

- Visitas al consultorio para atención regular, lo que incluye:
 - Atención para prevención de enfermedades (examen físico anual para adultos)
 - Atención médica regular
 - Vacunas para prevención de enfermedades (inmunizaciones)
 - 12 visitas para servicios quiroprácticos al año
 - Servicios de podiatría
- Servicios de análisis de laboratorio y radiografías, incluso análisis para prevenir defectos congénitos
- Servicios genéticos
- Exámenes del oído y audífonos que son médicamente necesarios
- Servicio de emergencia dental
- Diálisis por problemas renales
- Servicios de planificación familiar
- Consejeros licenciados y profesionales, trabajadores sociales, servicios de salud mental
- Servicios del oftalmólogo – Los niños menores de 21 años pueden obtener un examen para la visión cada año fiscal del estado (septiembre 1 a agosto 31)

Otros servicios:

Servicios de clínica de salud rural, incluido lo siguiente:

- Servicios de médicos y sus servicios de apoyo
- Personal de enfermería y de trabajadores sociales
- Servicios de visitas de personal de enfermería
- Servicios básicos de laboratorio
- Servicios de maternidad
- Servicios de parteros certificados
- Centro de maternidad, incluso la admisión, trabajo de parto, parto, posparto y atención de obstetricia total
- Exámenes médicos de Texas Health Steps
- Terapia ocupacional, de audición, del habla o del lenguaje
- Centros de salud que cumplen con los requisitos federales (clínicas comunitarias que han atendido a las personas de la zona durante mucho tiempo. Quizás desee visitar una y ver qué tipo de servicios médicos ofrecen).

Nota: Para los miembros que solamente tienen Medicaid, UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS le ayudará con la transición a Medicare si se aprueba o la transición a Medicaid tradicional.

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número hablo para obtener información acerca de estos servicios?

Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** si tiene preguntas en cómo obtener estos servicios.

¿Qué servicios no son beneficios cubiertos?

Si desea saber si un procedimiento o medicamento está cubierto conforme a STAR+PLUS, pregúntele a su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**. Llame a TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición.

- Servicios de proveedores no aprobados
- Servicios del personal de enfermería de Ciencia Cristiana
- Dentaduras postizas
- Servicio privado de enfermería
- Servicios o suministros no cubiertos por Medicaid
- Servicios o suministros brindados a un miembro después de descubrirse, después de una revisión, que estos servicios o suministros no son médicamente necesarios
- Servicios o suministros pagados por cualquier programa de beneficios de salud, por accidente y por el gobierno federal o por hospitales de servicios de salud públicos de EE. UU.
- Servicios provistos únicamente por razones de estética
- Operaciones para cambio de sexo
- Reversión de esterilización auto-solicitado
- Servicios y suministros a cualquier persona que sea un interno de una institución pública
- Servicios de asesoramiento social y educativo (excepto la capacitación para padres)
- Procedimientos o servicios experimentales o de investigación

¿Qué son mis beneficios de medicamentos recetados?

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte la página 31 de este Manual para miembros.

Planificación familiar

¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesito una referencia?

Puede acudir a su PCP o a cualquier médico o clínica de planificación familiar que acepte Medicaid para que lo ayude con la planificación familiar. No necesita una referencia. Dígale a su PCP dónde asistirá, para que sus registros se mantengan actualizados. Los servicios de planificación familiar son muy privados. No debe preocuparse de que nadie se entere de que usted está realizando la planificación familiar.

Proveedores y agencias de planificación familiar no pueden requerir el consentimiento de los padres para que los menores de edad reciban servicios de planificación familiar.

¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?

Puede encontrar en Internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en <https://www.healthytexaswomen.org/find-a-doctor>, o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

¿Y si soy trabajador de campo migrante?

Los hijos de trabajadores agrícolas migrantes pueden recibir el chequeo médico de Pasos Sanos de Texas antes de que sea el momento. Puede recibir su chequeo antes si va a viajar fuera del área. Si piensa salir de la región, puede recibir su examen más pronto. Se debe concertar la cita y realizar el examen antes de viajar fuera del área. Puede llamar al **1-888-887-9003** si necesita ayuda para concertar la cita. Este beneficio es únicamente para hijos de trabajadores agrícolas migrantes y se considera un servicio “acelerado” conforme a Texas Health Steps o un servicio que se brinda antes del momento debido. Llámenos e infórmenos si alguien de su familia o sus parientes trabajan como trabajadores agrícolas migrantes.

Otros detalles del plan

¿Qué beneficios adicionales recibo como miembro de UnitedHealthcare?

Servicios de valor añadido

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted también puede recibir servicios de valor añadido. Estos servicios únicos se ofrecen además de los servicios de Medicaid necesarios para beneficiar su salud y su vida cotidiana. Algunos de los servicios de valor añadido que ofrece UnitedHealthcare Community Plan son:

Servicios dentales extras para adultos

Los miembros obtienen un beneficio anual de \$500 para cubrir:

- Exámenes orales de rutina
- Limpieza oral
- Rayos X

Los miembros también tienen acceso a descuentos por servicios que no están cubiertos.

Términos: Debe emplearse a un proveedor dentro de la red. Para miembros mayores de 21 años. Solo para miembros de Medicaid (no Medicare). Excluye la exención SP.

Servicios extras para la visión en adultos

Los miembros reciben hasta \$105 cada 2 años para cubrir lo siguiente:

- Una selección de armazones y lentes que sean mejores que los anteriores
- Lentes de contacto en lugar de anteojos
- Armazones y lentes dañados/perdidos

Términos: Debe emplearse a un proveedor dentro de la red. Hasta \$105 cada 2 años. Los miembros deben ser mayores de 21 años. No se puede aplicar a un segundo par o para anteojos de repuesto.

Manejo diabético: Plantillas

Los miembros diagnosticados con diabetes pueden obtener 2 pares de plantillas para zapatos.

Términos: Incluye 2 pares de plantillas por año. Miembros mayores de 18 años. Solo para miembros de Medicaid (no Medicare).

Ayuda para los miembros afectados por asma

Los miembros pueden solicitar 1 funda de colchón y 1 funda de almohada hipoalergénicas.

Términos: El miembro debe ser diagnosticado con asma o COPD. El miembro debe estar bajo la administración de casos para asma. Incluye 1 funda de colchón y funda de almohada por año.

Servicios de cuidados de relevo

Los cuidados de relevo proporcionan un descanso para familiares o amigos que son cuidadores no remunerados.

Términos: Hasta 8 horas por año. El miembro no debe ser un miembro de exención. Debe usar a un proveedor dentro de la red.

Comidas a domicilio

Los miembros reciben 10 comidas a domicilio después de salir del hospital para una breve estadía.

Términos: 10 comidas por año. Disponible para miembros que no están en la exención. Debe usar un proveedor dentro de la red.

Recursos en internet para la salud mental

Los miembros obtienen acceso a [LiveandWorkWell.com](https://www.liveandworkwell.com). Este sitio proporciona acceso a artículos, videos y otros recursos.

Otros detalles del plan

Tarjeta de regalo por una visita para el bienestar

Los miembros reciben una tarjeta de regalo por \$25 por completar su chequeo anual de Texas Health Steps.

Términos: El miembro debe tener una tarjeta de canje firmada por el doctor al momento de la visita anual del bienestar. El miembro debe enviar por correo la tarjeta de canje firmada. Limitada a una tarjeta de regalo de \$25 por año. El miembro debe usar un proveedor dentro de la red. La tarjeta de regalo no se puede utilizar para comprar alcohol, tabaco o boletos de lotería.

Servicios de respuesta para emergencias (ERS)

Los miembros elegibles pueden tener acceso a un sistema de monitoreo electrónico para recibir ayuda en emergencias.

Términos: Miembros elegibles para STAR+PLUS de 19 años de edad y mayores que tienen impedimentos funcionales y viven solos o que están socialmente aislados en la comunidad y tienen un historial documentado de 2 o más caídas y/o 2 o más hospitalizaciones en los últimos 6 meses. Los miembros pueden acceder a este servicio durante 6 meses después de una transición desde un entorno institucional.

Excluye miembros de SPW y CFC.

Planificación del cuidado para el Alzheimer

Los miembros diagnosticados con Alzheimer son elegibles para una sesión de planificación con su asociación local de Alzheimer. La sesión ayudará a planificar y tratar todos los aspectos de la enfermedad de Alzheimer.

Términos: El miembro debe tener un diagnóstico de Alzheimer que incluye 1 sesión por año.

Servicios externos de salud conductual

Los miembros obtienen servicios de salud mental a través de un profesional con licencia. Estos proveedores acudirán a su hogar.

Términos: Se debe emplear a un proveedor dentro de la red. Incluye 6 visitas por año. Solo para miembros de Medicaid (no Medicare).

Paquete de bienvenida al hogar

Los miembros elegibles que regresen a su hogar de un centro de enfermería recibirán un paquete de bienvenida al hogar. El paquete incluirá artículos como:

- Linterna
- Caja de tabletas
- Calendario

Términos: Incluye 1 paquete de bienvenida al hogar por año fiscal.

Libro para madres embarazadas

Las miembros embarazadas obtienen un libro con información educativa, como *Qué esperar el primer año*.

Términos: Elegibles embarazadas o nuevas madres. Un libro por año.

Libro para los cuidados al infante

Las miembros embarazadas pueden obtener un libro de cuidados infantiles.

Términos: Los miembros pueden solicitar un libro por año.

Healthy First Steps (Primeros Pasos Saludables)

Las miembros embarazadas pueden unirse a Baby Blocks y ganar tarjetas de regalo para pañales, toallitas húmedas, etc. cuando reciben chequeos oportunos.

Términos: Las miembros embarazadas son elegibles para recibir recompensas cuando se inscriben y cuando completan su chequeo prenatal de 24 semanas, su chequeo prenatal de 32 semanas, visita de posparto, chequeo de niño sano de 2 meses, chequeo de niño sano de 4 meses y chequeo de niño sano de 6 meses. El miembro debe tener una tarjeta de canje firmada por el doctor al momento de la visita.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** si tiene preguntas acerca de cómo obtener estos servicios.

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?

UnitedHealthcare Community Plan puede remitirlo a clases de educación sobre la salud, como cursos para padres y clases para ayudar a dejar de fumar. Llame a su Coordinador de Servicios al **1-888-887-9003** para obtener más información acerca de educación sobre la salud.

¿Con qué otros servicios puede UnitedHealthcare Community Plan ayudarme?

El programa STAR+PLUS cubre los siguientes servicios. Otros proveedores fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan ofrecen estos servicios. Con gusto lo remitiremos a uno de estos proveedores si necesita este tipo de servicios:

- Administración de casos de embarazadas y bebés (CPW) — Visite el sitio web a continuación para obtener más información: <https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/health-services-providers/case-management-providers-children-pregnant-women>
- Medicamentos recetados
- Servicios de atención odontológica de Texas Health Steps
- Clínicas de la tuberculosis (TB)
- Servicios para mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC)
- Intervención en la niñez temprana (Early Childhood Intervention, ECI)
- Servicios brindados por médicos de hospitales federales o estatales
- Administración de casos de salud mental y retraso mental (Mental Health and Mental Retardation, MHMR)
- Evaluación diagnóstica de retraso mental (Mental Retardation Diagnostic Assessment, MRDA)
- Rehabilitación de salud mental
- Servicios de salud escolar y servicios relacionados de Texas (School Health and Related Services, SHARS)
- Comisión de Texas para ciegos (Texas Commission for the Blind, TCB)

¿Qué es la administración de casos para mujeres embarazadas y niños?

¿Necesita ayuda para encontrar y recibir servicios? Quizás un administrador de casos pueda ayudarle.

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

Los niños, adolescentes, adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años, y las mujeres embarazadas que reciben Medicaid y:

- Tienen problemas de salud, o
- Corren un alto riesgo de desarrollar problemas de salud.

¿Qué hacen los Administradores de Casos?

Un administrador de casos se reunirá con usted y entonces:

- Se enterará de qué servicios necesita usted
- Encontrará servicios cerca de donde vive
- Le enseñará cómo encontrar y recibir otros servicios
- Se asegurará que usted reciba los servicios que necesita

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los Administradores de Casos pueden ayudarle a:

- Recibir servicios médicos y dentales
- Obtener artículos o equipo médicos
- Trabajar en asuntos escolares o educativos
- Tratar otros problemas

¿Cómo puede usted obtener un Administrador de Casos?

Comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: 7-1-1, o llame a Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes.

Para saber más, vaya a: <https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/health-services-providers/case-management-providers-children-pregnant-women>.

¿Qué es la intervención temprana en la niñez?

Intervención temprana en la niñez (ECI)

ECI proporciona servicios y apoyo a las familias de Texas y a sus hijos desde el nacimiento hasta los 36 meses que tienen retrasos en el desarrollo o discapacidades. Los servicios de ECI son únicos porque:

- Los padres y los profesionales trabajan juntos como un equipo
- Los servicios son convenientes para las familias
- Los niños aprenden nuevas habilidades a través de actividades cotidianas
- Los servicios se coordinan con otros en la comunidad
- Las familias de todos los niveles de ingresos reciben servicios de ECI

¿Necesito una referencia para esto?

Cualquier persona puede hacer una referencia (un padre, un miembro de la familia, un profesional de la salud, un trabajador social, un cuidador, un amigo o vecino). Simplemente llame a ECI al 1-888-754-0524. Un niño que ya tiene una condición médicamente diagnosticada que tiene una alta probabilidad de resultar en un retraso en el desarrollo califica automáticamente para ECI. Para empezar, llame a ECI y haga una referencia: 1-888-754-0524. Un profesional de ECI hará una evaluación para determinar si su hijo es elegible y discutirá con usted la necesidad de servicios.

¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

Todos los profesionales de ECI tienen experiencia en el trabajo con bebés, niños pequeños y sus familias. Las especialidades licenciadas y/o acreditadas incluyen:

- Especialistas en Intervención Temprana
- Patólogos de habla y lenguaje
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionales
- Dietistas registrados
- Consejeros profesionales
- Especialistas en audición y visión
- Trabajadores sociales
- Enfermeras

¿Cómo voy al consultorio del médico si no tengo automóvil?

¿A quién llamo para que me lleven a una cita médica?

Transporte

Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT)

¿Qué son los servicios NEMT?

Los servicios de NEMT brindan transporte a citas de atención médica que no son de emergencia para miembros que no tienen otras opciones de transporte. Estos viajes incluyen transporte al doctor, dentista, hospital, farmacia y otros lugares en donde recibe servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen viajes en ambulancia.

¿Qué servicios forman parte de los servicios NEMT?

- Pases o boletos para transporte como el transporte público dentro y entre ciudades o estados, incluso por tren o autobús
- Servicios de transporte de aerolíneas comerciales
- Servicios de transporte de respuesta a la demanda, que es el transporte de puerta a puerta en autobuses privados, camionetas o sedanes, incluidos los vehículos con acceso para sillas de ruedas, si es necesario
- Reembolso de millas para un participante de transporte individual (ITP) por un viaje completado verificado a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una parte responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir el costo de las comidas asociadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa diaria por las comidas es de \$25 por día para el miembro y \$25 por día para un asistente autorizado.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir el costo del alojamiento asociado con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan a estancia por la noche y no incluyen las comodidades utilizadas durante su estadía, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios autorizados de NEMT

Si necesita un asistente para viajar a su cita con usted, los servicios de NEMT cubrirán los costos de transporte de su asistente.

Otros detalles del plan

Los niños de 14 años o menos deben estar acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado. Los niños de 15 a 17 años deben estar acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado o tener el consentimiento de un padre, tutor u otro adulto autorizado en el archivo para viajar solos. No se requiere el consentimiento de los padres si el servicio de atención médica es de naturaleza confidencial.

¿Cómo conseguir transporte?

Su MCO le proporcionará información sobre cómo solicitar los servicios NEMT. Debe solicitar los servicios NEMT lo antes posible y al menos dos días hábiles antes de que necesite el servicio NEMT. En determinadas circunstancias, puede solicitar el servicio NEMT con menos tiempo del aviso. Estas circunstancias incluyen ser transportado después de ser dado de alta de un hospital; viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados; y viajes por condiciones de urgencia. Una afección urgente es una afección de salud que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de 24 horas. Usted debe notificar a su MCO antes del viaje aprobado y programado si se cancela su cita médica.

Llame a la Línea directa **Where's My Ride (Dónde está mi transporte)** al 1-866-528-0441, TTY 711, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes para hablar acerca de sus necesidades de transporte NEMT.

Responsabilidades adicionales de los miembros al usar los servicios de transporte que no sean de emergencia (NEMT)

1. Al solicitar los Servicios NEMT, debe proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
2. Debe seguir todas las reglas y regulaciones que afectan sus Servicios NEMT.
3. Debe devolver los fondos adelantados no utilizados. Debe proporcionar prueba de que asistió a su cita médica antes de recibir fondos anticipados en el futuro.
4. No debe abusar ni acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicita o recibe los Servicios NEMT.
5. No debe perder boletos de autobús o fichas y debe devolver cualquier boleto de autobús o fichas que no use. Debe usar los boletos de autobús o fichas solo para ir a su cita médica.
6. Solo debe usar los Servicios NEMT para viajar hacia y desde sus citas médicas.
7. Si ha coordinado un servicio NEMT, pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse con la persona que lo ayudó a organizar su transporte lo antes posible.

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la vuelve a tener dentro de seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo PCP de antes.

¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?

Llame a UnitedHealthcare Community Plan o al 2-1-1 para obtener ayuda para renovar una solicitud.

La renovación a Medicaid se completa cuando la familia firma y envía a HHSC la forma correcta de inscripción/transferencia si la familia escoge un nuevo plan médico o dental.

¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico? ¿A quién debo llamar? ¿Qué información necesitarán?

Si recibe una factura de un médico, hospital u otro proveedor de atención médica, pregunte por qué le están facturando. Su médico, proveedor de atención médica u hospital no pueden facturarle los servicios cubiertos y aprobados de Medicaid. Usted no tiene que pagar las facturas que debería pagar UnitedHealthcare Community Plan.

Si aun así recibe una factura, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

Cuando llame, asegúrese de tener frente a usted la factura. Deberá informar a Servicios para Miembros quién le envió la factura, la fecha del servicio, el monto y la dirección y el número de teléfono del proveedor.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a UnitedHealthcare Community Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de UnitedHealthcare Community Plan hasta que la HHSC cambie su dirección.

¿Qué sucede si tengo un seguro privado u otro seguro médico además de Medicaid?

Medicaid y el seguro privado

Usted tiene que avisar al personal de Medicaid sobre cualquier seguro médico privado que tenga.

Debe llamar a la línea directa de Medicaid de Recursos para Terceros y actualizar el expediente de su caso de Medicaid si:

- Le cancelan el seguro médico privado
- Consigue nueva cobertura de seguro
- Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros

Puede llamar gratis a la línea directa al 1-800-846-7307. Si tiene otro seguro, aun puede llenar los requisitos de Medicaid. Cuando usted le dice al personal de Medicaid que tiene otro seguro médico, asegura que Medicaid solo pague lo que el otro seguro médico no paga.

Importante: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo porque tiene seguro médico privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañía de seguro privado.

¿Puede mi proveedor de Medicare mandarme una factura para suministros o servicios si estoy en Medicare y Medicaid?

Usted no puede ser facturado por “costo compartido” de Medicare, lo cual incluye deducibles, coseguros y copagos que son cubiertos por Medicaid.

Quejas y apelaciones

¿Qué hago si tengo una queja?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al **1-888-887-9003** para explicarnos el problema. Un Defensor de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al **1-888-887-9003**. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de UnitedHealthcare Community Plan puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando gratis al 1-866-566-8989. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247

Si puede conectarse a Internet, puede enviar su queja a: <https://hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights-office-ombudsman/hhs-ombudsman-managed-care-help>.

¿A quién llamo?

Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición.

¿Dónde puedo enviar una queja por correo?

Para presentar quejas por escrito, envíe su carta a UnitedHealthcare Community Plan. Debe indicar su nombre, identificación de miembro, número telefónico y dirección, y el motivo de su queja.

Envíe su carta a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?

No hay un límite de tiempo para presentar una queja en UnitedHealthcare Community Plan.

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta en la que se informará qué hicimos con respecto a su queja.

Otros detalles del plan

¿Cuánto tiempo se demorará en procesar mi queja?

La mayoría de las veces podemos ayudarlo de inmediato o como máximo a los pocos días. Recibirá la carta dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la queja ante UnitedHealthcare Community Plan.

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una queja?

Sí, un representante del Servicio para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a presentar una queja. Simplemente llame al **1-888-887-9003**. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o como máximo a los pocos días.

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o lo limita?

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si el servicio cubierto que usted solicitó no se aprobó o si se denegó el pago en su totalidad o en parte. Si no está conforme con nuestra decisión, llame a UnitedHealthcare Community Plan dentro de los 60 días posteriores al momento en que recibió nuestra carta.

Debe presentar la apelación en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha de la carta o por la fecha de vigencia de la acción en la carta para asegurarse de que no se interrumpan sus servicios. Puede presentar una apelación enviando una carta a UnitedHealthcare Community Plan, enviando por correo el formulario de apelación incluido en la carta que recibió o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Puede solicitar una extensión hasta 14 días de tiempo adicional para su apelación. UnitedHealthcare Community Plan puede tomar un tiempo adicional sobre su apelación si eso es lo mejor para usted. Si esto sucede, UnitedHealthcare Community Plan le comunicará por escrito los motivos del retraso.

Puede comunicarse con Servicios para Miembros y solicitar ayuda para su apelación. Cuando llame a Servicios para Miembros, le ayudaremos a presentar la apelación. Luego le enviaremos una carta y solicitaremos que usted o alguien actuando en su representación firme un formulario.

¿De qué forma me notificarán si los servicios son denegados?

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si un servicio cubierto solicitado por el PCP de su hijo es denegado, demorado, limitado o interrumpido.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de la apelación?

UnitedHealthcare Community Plan debe completar todo el proceso de apelación estándar dentro de 30 días posteriores a la recepción de la solicitud inicial de apelación escrita u oral. Este plazo podrá prorrogarse hasta 14 días a petición de un miembro; o la MCO demuestra que se necesita más información y cómo la demora es de interés para el miembro. Si la MCO necesita extenderse, el miembro debe recibir una notificación por escrito de la demora.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Puede solicitar una apelación por la denegación de pagos por servicios en su totalidad o en parte. Si solicita una apelación dentro de los 10 días hábiles posteriores al momento en que obtuvo el aviso de denegación del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud denegó o redujo, al menos, hasta que se tome la decisión de la apelación final. Si no solicita una apelación dentro de los 10 días hábiles posteriores al momento en que obtuvo el aviso de denegación, el servicio que el plan de salud denegó será interrumpido.

¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?

Se incluirá un formulario de apelación en cada carta que reciba cuando UnitedHealthcare Community Plan le niegue un servicio. Puede firmar y devolver este formulario para solicitar una apelación o puede llamarnos para solicitar una apelación. Puede solicitar una apelación oral por teléfono, pero se le enviará un formulario de apelación, que deberá firmar y devolver. Cada apelación oral debe ser confirmada por una apelación escrita y firmada por el miembro o su representante, a menos que se solicite una apelación acelerada. Envíe solicitudes por escrito a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una apelación?

Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo a presentar una queja o apelación. Puede pedir ayuda cuando llame al **1-888-887-9003**. Recibirá un formulario de solicitud de apelación y le pedirán que lo devuelva antes de que se tome su solicitud de apelación.

Otros detalles del plan

¿Qué sucede después de mi apelación?

Recibirá una carta informándole qué decidió la apelación, si sus servicios cambiarán y cuándo, y cualquier otra opción que pueda tener. La opción del miembro de solicitar una Revisión médica externa y una Audiencia imparcial ante el estado a más tardar 120 días después de la fecha en que la MCO envía por correo la notificación de la decisión de la apelación. La opción del miembro de solicitar solo una Revisión de audiencia imparcial ante el estado a más tardar 120 días después de que la MCO envíe por correo la notificación de la decisión de la apelación. Es posible que deba pagar los servicios que recibe mientras se decide su apelación si no gana la apelación. UnitedHealthcare no recuperará los costos de los servicios que recibió sin el permiso por escrito de HHSC.

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada ocurre cuando el plan de salud tiene que tomar rápidamente una decisión debido a su estado de salud, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Puede solicitar este tipo de apelación por escrito o por teléfono. Asegúrese de escribir “Deseo una decisión rápida o una apelación acelerada” o “Siento que mi salud podría verse perjudicada por esperar una decisión estándar”. Para solicitar telefónicamente una decisión rápida, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?

Podemos grabar su solicitud verbal. Su solicitud no tiene que ser por escrito. Se transcribirá la grabación y se la convertirá en una solicitud por escrito. Le enviaremos un formulario para que lo complete, firme y nos lo devuelva lo antes posible. Cada apelación oral recibida debe ser confirmada por una apelación escrita y firmada por el miembro o su representante, a menos que se solicite una apelación acelerada.

Envíe las solicitudes por correo a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

UnitedHealthcare Community Plan debe decidir este tipo de apelación dentro de un día hábil o 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la información y la solicitud. Si su apelación es por una emergencia en curso o se le negó la permanencia en el hospital, debemos completar la apelación dentro de 1 día hábil.

¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una solicitud de apelación acelerada?

Si UnitedHealthcare Community Plan deniega una apelación acelerada, la apelación es procesada a través del proceso normal de apelaciones, que se resolverá dentro de los 30 días. Recibirá una carta en la que se explicará por qué y qué otras opciones podría tener.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?

Si usted está hospitalizado, pídale a una persona que lo ayude a enviar por correo, fax o que llame en su nombre para solicitar este tipo de apelación. También puede llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** y pedirle a una persona que lo ayude a comenzar una apelación, o bien, puede pedirle al médico que lo haga por usted. Si pasa por este proceso y se le niegan los servicios que solicitó después de la apelación y Audiencia imparcial ante el estado, es posible que deba pagar por esos servicios.

Audiencia imparcial ante el estado

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un proveedor médico puede ser su representante.

Si quiere cuestionar una decisión tomada por el plan de salud, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial dentro de 120 días de la fecha de la carta de decisión del plan de salud.

Si no solicita la audiencia imparcial ante el estado dentro de los 120 días, puede perder su derecho a una audiencia imparcial ante el estado. Para solicitar una audiencia imparcial ante el estado, usted o su representante deben llamar a UnitedHealthcare Community Plan al 1-800-288-2160 o enviar una carta al plan de salud a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Fair Hearings Coordinator
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

¿Tiene preguntas? Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com), 72
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Otros detalles del plan

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado o reducido, por lo menos hasta oír la decisión final de la audiencia, si pide una audiencia imparcial a más tardar: (1) 10 días de calendario después de la fecha en que el plan envíe la notificación de acción, ó (2) la fecha en que el servicio será reducido o suspendido según la carta del plan. Si no pide una audiencia imparcial antes de esta fecha, el servicio que el plan de salud le negó será suspendido.

Si pide una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se hacen por teléfono. En la audiencia, usted o su representante puede decir por qué necesita el servicio que el plan de salud le negó.

La HHSC le dará la decisión final dentro de 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

Si usted pasa por este proceso y se niegan los servicios que solicitó después de la apelación y de la audiencia imparcial del estado, es posible que tenga que pagar por esos servicios.

Si pierde la apelación de audiencia imparcial estatal, UnitedHealthcare Community Plan podría recuperar los costos del servicio o beneficio que recibió mientras la apelación estaba pendiente. UnitedHealthcare no recuperará los costos de los servicios que recibió durante la apelación o audiencia imparcial estatal sin el permiso por escrito de HHSC.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial ante el estado acelerada?

Si usted piensa que esperar una audiencia imparcial ante el estado pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial ante el estado acelerada escribiendo o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Para calificar para una audiencia imparcial del estado acelerada a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de UnitedHealthcare Community Plan.

Información de Revisión médica externa

¿Puede un miembro solicitar una Revisión médica externa?

Si un miembro, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, el miembro tiene el derecho de solicitar una Revisión médica externa. Una Revisión médica externa es un paso adicional opcional que el miembro puede tomar para que se revise el caso antes de que se lleve a cabo la Audiencia imparcial ante el estado. El miembro puede nombrar a cualquier otra persona para que lo represente comunicándose con el plan de salud y dando el nombre de la persona que el miembro quiere que lo represente. Un proveedor puede ser el representante del miembro. El miembro o el representante del miembro debe solicitar la Revisión médica externa dentro de 120 días posteriores a la fecha en que el plan de salud envía la carta con la

73 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com), o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

decisión de la apelación interna. Si el Miembro no solicita la Revisión médica externa dentro de 120 días, puede perder su derecho a una Revisión médica externa. Para solicitar una Revisión médica externa, el miembro o su representante puede:

- Completar el “Formulario de solicitud de Revisión médica externa y Audiencia imparcial ante el estado” que se envió con la carta de Notificación para miembros de la decisión de apelación interna de MCO y enviarlo por correo o fax a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Fair Hearings Coordinator
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

Fax: 1-855-322-0672

- O llamar a UnitedHealthcare utilizando la dirección o el número de fax que se encuentran en la parte superior del formulario
 - Llame a UnitedHealthcare al **1-800-288-2160**
 - Envíe un correo electrónico a UnitedHealthcare a uhctx_fairhearings_appeals@uhc.com

Si el miembro solicita una Revisión médica externa dentro de 10 días desde el momento en que ha recibido la decisión de la apelación del plan de salud, el miembro tiene el derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado, con base en los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se toma la decisión final de la Audiencia imparcial ante el estado. Si el miembro no solicita una Revisión médica externa dentro de 10 días desde el momento en que haya recibido la decisión de la apelación del plan de salud, se suspenderá el servicio que el plan de salud denegó.

El miembro puede retirar su solicitud para una Revisión médica externa antes de que se asigne a una Organización de revisión independiente o mientras la Organización de revisión independiente está revisando la solicitud de Revisión médica externa del miembro. Una Organización de revisión independiente es una organización de terceros contratada por la HHSC que realiza una Revisión médica externa durante los procesos de apelación de los miembros relacionados con las Determinaciones de beneficios adversas basadas en la necesidad funcional o necesidad médica. No se puede retirar una Revisión médica externa si una Organización de revisión independiente ya ha completado la revisión y se ha tomado una decisión.

Una vez que se recibe la decisión de la Revisión médica externa, el miembro tiene el derecho a retirar la solicitud de Audiencia imparcial ante el estado. Si el miembro continúa con la Audiencia imparcial ante el estado, el miembro también puede solicitar que la Organización de revisión independiente esté presente en la Audiencia imparcial ante el estado. El miembro puede realizar ambas solicitudes comunicándose con UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-288-2160** o con el Equipo de admisión de HHSC en EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us.

Si el miembro continúa con una Audiencia imparcial ante el estado y la decisión de la Audiencia

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 74
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Otros detalles del plan

imparcial ante el estado es diferente de la decisión de la Organización de revisión independiente, la decisión de la Audiencia imparcial ante el estado es la decisión definitiva. La decisión de la Audiencia imparcial ante el estado solo puede mantener o aumentar los beneficios para miembros a diferencia de la decisión de la Organización de revisión independiente.

¿Puedo solicitar una Revisión médica externa acelerada?

Si usted piensa que esperar una Revisión médica externa estándar pondría en peligro su vida o su salud, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar su función máxima, usted, sus padres o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una Revisión médica externa acelerada y una Audiencia imparcial ante el estado acelerada escribiendo o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Para calificar para una Revisión médica externa acelerada y una Audiencia imparcial ante el estado acelerada a través de la HHSC, usted primero debe completar el proceso de apelaciones internas de UnitedHealthcare.

Directivas anticipadas

¿Qué es una directiva anticipada?

Todas las personas adultas en hospitales, centros de cuidados para adultos y otros centros de cuidados de la salud poseen ciertos derechos. Por ejemplo, usted tiene derecho a mantener la confidencialidad de sus historias clínicas y personales. Usted tiene derecho a saber qué tratamiento obtendrá. De acuerdo con la ley federal, tiene derecho a completar una directiva anticipada. Las directivas anticipadas son documentos que le dejan decidir y establecer por escrito qué tipo de tratamiento desea o no desea y cualquier medida que desea que se tome en caso de estar demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención médica. Es nuestra política que todos los miembros adultos de UnitedHealthcare Community Plan sepan que pueden preparar estos documentos. La ley federal sobre directivas anticipadas exige que los hospitales, los centros de cuidados para adultos y otros proveedores de atención médica le brinden información sobre las directivas anticipadas. La información le explicará sus opciones legales en la toma de decisiones sobre su atención médica. La ley se creó para aumentar su control sobre las decisiones relacionadas con el tratamiento médico.

Las directivas anticipadas son documentos que le brindan la posibilidad de decidir y establecer por escrito qué tipo de tratamiento desea o no desea y cualquier medida que desea que se tome en caso de estar demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención médica.

¿Cómo puedo elaborar una directiva anticipada?

Comuníquese con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición.

75 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhccommunityplan.com), o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

¿Quién tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica?

Usted, si es adulto y les informa a los proveedores sobre sus decisiones de atención médica. Usted decide qué tipo de atención médica no aceptará, si lo hubiera.

¿Qué sucede si no puedo tomar decisiones o informar a los proveedores sobre mis decisiones de atención médica?

Igualmente puede tener cierto control sobre estas decisiones si ha firmado una directiva anticipada. Su PCP debe incluir en los registros médicos si usted firmó una directiva anticipada. Si no ha designado a nadie en la directiva anticipada, su médico debe buscar a una persona autorizada por ley para tomar estas decisiones.

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar una decisión sobre mi atención médica?

Igualmente puede tener cierto control sobre estas decisiones si ha firmado una directiva anticipada. Su PCP debe incluir en los registros médicos si usted firmó una directiva anticipada. Si no ha designado a nadie en la directiva anticipada, su médico debe buscar a una persona autorizada por ley para tomar estas decisiones.

¿Cuáles son mis opciones para realizar una directiva anticipada?

De acuerdo con la ley de Texas, usted puede realizar las siguientes directivas:

1. **Un poder permanente para la atención médica:** documento por escrito que brinda a la persona designada poder para actuar en su lugar y tomar decisiones sobre su atención médica. Su poder permanente para la atención médica también puede incluir cualquier detalle o pauta sobre la atención médica que desea o no desea recibir. Esto podría incluir procedimientos de retención o retiro si se encuentra en “estado terminal”. El “estado terminal” se produce cuando no se puede curar a un paciente, y este morirá sin los procedimientos de mantenimiento de la vida. (Dos médicos deben indicar por escrito que esto es así). Un paciente también se encuentra en un “estado terminal” si ese paciente se encuentra en un estado vegetativo permanente o en coma irreversible.
2. **Un testamento en vida:** declaración por escrito sobre la atención médica que desea o no, si no puede tomar estas decisiones. Por ejemplo, un testamento en vida puede indicar si usted desea ser alimentado mediante una sonda si se encuentra en estado de inconsciencia y sin probabilidades de recuperación. Un testamento en vida les indica a los médicos que suspendan/retiren o continúen con los procedimientos de mantenimiento de la vida si se encuentra en un “estado terminal”. También puede informarles a los médicos si utilizan otros procedimientos de mantenimiento de la vida.

Otros detalles del plan

¿Se debe respetar mi directiva anticipada?

Sí. Su PCP, otros proveedores de salud y la persona que designó en su directiva deben respetar su directiva anticipada.

¿Debe ser un abogado quien prepare mi directiva anticipada?

No. Hay grupos locales y nacionales que le brindarán datos sobre las directivas anticipadas, incluidos formularios. Asegúrese de que toda directiva anticipada que utilice sea válida conforme a las leyes de Texas.

¿Quién debe tener una copia de mi directiva anticipada?

Proporcione una copia de su directiva anticipada a su PCP y a cualquier centro de atención médica una vez admitido. Si cuenta con un poder permanente para la atención médica, proporcione una copia a la persona que designó en el mismo. También debe quedarse usted con algunas copias adicionales.

¿Tengo que hacer una directiva anticipada?

No. Si realiza o no una directiva anticipada depende solamente de usted. Un proveedor no puede negarle atención por el hecho de que usted tenga una directiva.

¿Puedo cambiar o cancelar mi directiva anticipada?

Sí. Si cambia o cancela su directiva anticipada, avíseles a todos aquellos que tengan una copia de esta.

¿Qué sucede si ya tengo una directiva anticipada?

Podría desear revisarla o que la revisaran. Si se ha realizado en otro estado, asegúrese de que tenga validez conforme a las leyes de Texas.

Según la ley, ¿quién puede tomar decisiones de atención médica por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una directiva anticipada?

Un tribunal puede designar un tutor para tomar las decisiones de atención médica por usted. De lo contrario, su PCP debe revisar la siguiente lista para encontrar a alguien más para que tome las decisiones de atención médica por usted:

1. Su esposo o esposa, a menos que esté separado legalmente.
2. Su hijo/a adulto/a. Si tiene más de un hijo adulto, el mayor de ellos.
3. Su madre o padre.
4. Su hermano o hermana.

77 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Si su PCP no puede encontrar una persona capaz de tomar las decisiones de atención médica por usted, entonces el PCP puede decidir sobre su atención médica. Su PCP puede hacer esto con el consejo del comité de ética o con la aprobación de otro médico. Usted puede asegurarse de que se cumplan sus deseos si los pone por escrito. La persona que designe en su directiva anticipada no tendrá derecho a rechazar procedimientos de mantenimiento de la vida, tales como el uso de sondas para suministrarle alimentos o líquidos, a menos que:

- a. Usted haya designado a esa persona para que tome decisiones de atención médica por usted en un poder permanente para la atención médica.
- b. Un tribunal haya designado a esa persona como su tutor para tomar las decisiones de atención médica por usted.
- c. Usted haya indicado en una directiva anticipada que no desea este tratamiento específico. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, si necesita ayuda para conocer acerca de las directivas anticipadas o para solicitar una copia de un testamento en vida.

Derechos y responsabilidades del miembro

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro de UnitedHealthcare Community Plan?

Derechos del miembro:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un Proveedor de Atención Primaria. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de Proveedor de Atención Primaria.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - c. Cambiar de Proveedor de Atención Primaria.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de Proveedor de Atención Primaria.

¿Tiene preguntas? Visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com), 78
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Otros detalles del plan

3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
 - a. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales ante el estado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Pedir una revisión médica externas y una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e. Solicitar una audiencia imparcial ante el estado sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y reciba información acerca de cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
 - e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.

7. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.
8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
10. Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones acerca de los derechos y responsabilidades de los miembros de su plan de salud.

Responsabilidades del miembro:

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c. Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - b. Escoger su plan de salud y su Proveedor de Atención Primaria sin demora.
 - c. Hacer cualquier cambio de plan de salud y de Proveedor de Atención Primaria, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre llamar primero a su Proveedor de Atención Primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia;
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su Proveedor de Atención Primaria antes de consultar a un especialista;
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.

Otros detalles del plan

3. Tiene que compartir con su Proveedor de Atención Primaria toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Informar a su Proveedor de Atención Primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - c. Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
 - b. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en www.hhs.gov/ocr.

Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes y, cuando corresponda, calificaciones profesionales, especialidad, escuela de medicina a la que asistió, finalización de la residencia y estado de certificación de la junta.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red
- Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre los trámites de queja, apelación, revisión médica externa y audiencia imparcial ante el estado

81 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCCommunityPlan.com, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de pos-estabilización
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su Proveedor de Atención Primaria para recibir atención de emergencia
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de **9-1-1** o su equivalente local
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid
 - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia
 - Las reglas sobre la pos-estabilización
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el Proveedor de Atención Primaria no presta
- Las pautas de práctica de UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan debe proveer a sus miembros de la información de cómo evalúa nuevas tecnologías para que se incluyan como parte de los beneficios cubiertos. Esta información puede ser publicada en circulares, folletos gratuitos o incluida con otra información en materiales para los miembros. Si el método que se escoja es por medio de circulares, esta información debe publicarse anualmente.

Otros detalles del plan

Usted tiene derecho a respeto y dignidad, incluyendo la libertad del abuso, la negligencia y la explotación

¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación?

El abuso es una lesión o la falla para prevenir una lesión mental, emocional o sexual.

La negligencia da como resultado la mala alimentación o desnutrición, deshidratación, la medicación excesiva o insuficiente, condiciones de vida insalubre, etc. La negligencia también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, cuidados médicos e higiene personal.

Explotación es el mal uso de los recursos de otra persona con fines de ganancias personales o monetarias. Esto incluye la apropiación ilegal de cheques del Seguro Social o SSI (Ingresos Suplementarios de Seguridad), abusos en cuantas de cheques mancomunadas y tomar ilegalmente propiedades u otros recursos.

Para reportar el abuso, la negligencia y la explotación

La ley requiere que usted reporte las sospechas del abuso, la negligencia y la explotación, incluyendo el uso de restricción física inapropiada o aislamiento cometidas por un proveedor.

Llame al **9-1-1** para situaciones que son de emergencia.

Reporte por teléfono (cuando no sean emergencias); las 24 horas del día, los 7 días de la semana gratuitamente

Reporte al HHSC llamando al 1-800-458-9858 si la persona quién está siendo abusada sufre de negligencia o se le explota reside o recibe servicios en:

- Una institución de reposo con cuidados de enfermería;
- Un centro de vida asistida;
- Un centro de cuidados durante el día para adultos;
- Un albergue con licencia, proveedor de cuidados para adultos; o
- Una agencia de servicios de apoyo en el hogar y la comunidad (HCSSA) o en una agencia de salud domiciliaria.

La sospecha de abuso, negligencia o explotación por una HCSSA debe también ser reportada al Departamento de Familia y Servicios de Protección (DFPS). Reporte todos los casos de sospecha del abuso, negligencia y explotación a DFPS llamando al 1-800-252-5400.

Reporte electrónicamente (casos que no sean emergencias)

Acuda a <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio seguro en internet. Usted necesitará crear una cuenta y perfil protegida por clave.

Información útil para presentar un reporte

Cuando se reporte el abuso, la negligencia o la explotación, es útil mencionar los nombres, edades y números de teléfono de cada una de las personas involucradas.

Fraude y abuso

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico
- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de Medicaid
- Está usando la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite <https://oig.hhs.texas.gov/> y haga clic en “Report Fraud” (“Reportar fraude”) para completar una forma en Internet; o
- Denúncielo directamente al plan de salud:
UnitedHealthcare Community Plan Compliance
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478
1-888-887-9003

Otros detalles del plan

Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible

Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:

- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
- El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.)
- El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
- El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
- Las fechas de los sucesos
- Un resumen de lo ocurrido

Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:

- El nombre de la persona
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe
- La ciudad donde vive la persona
- Detalles sobre el malgasto, abuso o fraude

Glosario de terminología de atención médica administrada

Apelación — Una solicitud para que su organización de atención médica administrada revise nuevamente una denegación o una queja.

Queja — Una reclamación que usted le comunica a su seguro médico o plan de salud.

Copago — Una cantidad de dinero fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando se recibe el servicio. Esta cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico durable (DME) — Equipo solicitado por un proveedor de atención médica para uso diario o extendido. La cobertura de DME puede incluir, entre otros: Equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para diabéticos.

Condición médica de emergencia — Una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños.

Transporte médico de emergencia — Servicios de ambulancia terrestre o aérea para una afección médica de emergencia.

Atención médica en una sala de emergencia — Servicios médicos que usted recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia — Evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos — Servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Reclamación — Una queja o reclamación que usted presenta a su seguro médico o plan de salud.

Servicios y dispositivos de habilitación — Servicios de atención médica, como terapia física u ocupacional que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria.

Seguro de salud — Un contrato que requiere que su seguro de salud pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

Otros detalles del plan

Cuidados médicos para la salud en el hogar — Servicios de atención médica que una persona recibe en su hogar.

Servicios de hospicio — Servicios para brindar comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización — Atención médica en un hospital que requiere admisión como paciente internado y generalmente requiere una estadía por la noche.

Cuidados médicos en un hospital para pacientes ambulatorios — Atención médica en un hospital que generalmente no requiere tener estadías por la noche.

Medicamento necesario — Servicios o suministros de atención médica que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de medicina.

Red — Las instalaciones, proveedores y compañías proveedoras con los que su seguro o plan de salud ha contratado servicios de atención médica.

Proveedor no participante — Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro de salud o plan para proporcionarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener autorización de su seguro de salud o plan para obtener servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En casos limitados, como cuando no hay otros proveedores disponibles, su seguro de salud puede contratar para pagar a un proveedor no participante.

Proveedor participante — Un proveedor que tiene un contrato con su seguro de salud o plan para proporcionarle los servicios cubiertos.

Servicios de doctor — Servicios de atención médica que proporcionan o coordinan un doctor con licencia (M.D. – Doctor en Medicina o D.O. – Doctor en Medicina Osteopática).

Plan — Un beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención médica.

Previa-autorización — Una decisión de su seguro médico o plan de salud de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamentos recetados o equipo médico duradero que usted o su proveedor hayan solicitado sea médicamente necesario. Esta decisión o aprobación, a veces denominada autorización previa, aprobación previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa de que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Prima — La cantidad de dinero que usted debe pagar por su seguro o plan de salud.

Cobertura de medicamentos recetados — Pago que hace el seguro de salud o plan para ayudar a cubrir el costo de las drogas y los medicamentos recetados.

Medicamentos de receta — Drogas y medicamentos que por ley requieren receta médica.

Doctor de atención primaria — Un doctor (M.D. – Doctor en Medicina o D.O. – Doctor en Medicina Osteopática) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de atención primaria — Un doctor (MD – Doctor en Medicina o DO – Doctor en Medicina Osteopática), enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda al paciente a obtener a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor — Un doctor (M.D. – Doctor en Medicina o D.O. – Doctor en Medicina Osteopática), un profesional de la salud o un centro de atención médica con licencia, certificado o acreditado según lo exija la ley estatal.

Servicios y dispositivos de rehabilitación — Servicios de atención médica, como terapia física u ocupacional que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que una persona estaba enferma, herida o discapacitada.

Cuidados de enfermería especializada — Servicios de enfermeras con licencia brindados en su propio hogar o en una casa de reposo.

Especialista — Un doctor especialista que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Cuidados médicos de urgencia — Cuidados médicos para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención médica en una sala de emergencias.

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2019.

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su información médica
- Cuándo podemos compartir su información médica con otras personas o entidades
- Qué derechos tiene sobre su información médica

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo usamos o compartimos su información

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal
- Agencias gubernamentales

Tenemos derecho a usar y compartir su información médica 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 médica de la siguiente forma:

- **Para recibir un pago.** Podemos usar o compartir su información médica para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos compartir su información médica con sus proveedores para ayudar con su atención.

- **Para operaciones de atención médica.** 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 alternativos. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de afiliaciones, desafiliaciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos usar su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos usar su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios de salud.

Podríamos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas relacionadas con su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto puede suceder si usted no puede aceptar o presentar oposición. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto puede realizarse para prevenir brotes 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 médica. 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 esta información de médica. 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.

Otros detalles del plan

- **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 muerte, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica 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 proporcionar atención médica; (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 proporcionen sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Nosotros cumpliremos con las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Alcohol y abuso de sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
 4. Enfermedades transmisibles
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos su información médica 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 médica a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información médica en ciertas listas de correo promocional. Si nos permite compartir su información médica, 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 médica. 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 a la dirección que se muestra más abajo.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información médica. Deberá hacer la solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo. 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 médica sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá hacer la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información médica.
- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información médica durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá las divulgaciones de información médica realizadas por los siguientes motivos: (i) Para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (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 en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También podría obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).

Otros detalles del plan

Cómo usar sus derechos

- Para comunicarse con su plan de salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. También puede comunicarse con el Centro de atención de llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY **711**.
- Para presentar una solicitud por escrito. Enviela por correo a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- Para presentar una reclamación. Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una reclamación a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificarlo al **Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services)**. 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, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; 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 Insurance Company; 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.; UnitedHealthcare 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.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

Aviso de privacidad de la información financiera

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2019.

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

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera personal a partir de sus solicitudes o formularios. Esto puede incluir su 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

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos compartir su información financiera con nuestras filiales. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

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

Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso a su información financiera a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información financiera.

Otros detalles del plan

Preguntas sobre este aviso

Llame al número de teléfono gratuito del miembro 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 **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 Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; Lifestrip East, Inc.; Lifestrip Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO of Florida, Ltd.; POMCO West, Inc.; POMCO, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services LLC; y UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros médicos 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 se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.



UnitedHealthcare Community Plan no da un tratamiento diferente a sus miembros en base a su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si usted piensa que ha sido tratado injustamente por razones como su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional, puede enviar una queja a:

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Usted tiene que enviar la queja dentro de los 60 días de la fecha cuando se enteró de ella. Se le enviará la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para solicitar que la consideremos de nuevo.

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame gratis a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Usted también puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Internet:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Formas para las quejas se encuentran disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono:

Llamada gratuita, **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

Correo:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Si necesita ayuda para presentar su queja, por favor llame al número gratuito para miembros anotado en su tarjeta de identificación como miembro.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, tales como cartas en otros idiomas, materiales en letra grande, ayudas y servicios auxiliares, y materiales en formatos alternativos, a su solicitud. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame gratis a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

CSTX21MC4914989_000

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com, 96
o llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**.

Tabla de contenido

Spanish	Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID.
Vietnamese	Chúng tôi cung cấp nhiều dịch vụ miễn phí để giúp quý vị liên lạc với chúng tôi. Thí dụ như thư viết bằng những ngôn ngữ khác hoặc in với khổ chữ lớn. Hoặc, quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên giúp quý vị. Để được giúp đỡ, xin quý vị vui lòng gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên ghi trên thẻ ID hội viên của quý vị.
Chinese	我們提供免費服務幫助您與我們溝通。例如，其他語言版本或大字體信函。或者，您可要求口譯員。如欲要求協助，請撥打會員卡上所列的免付費會員電話。
Korean	저희는 귀하가 의사소통을 할 수 있도록 도와드리기 위해 무료 서비스를 제공합니다. 예를 들면, 다른 언어 또는 대형 활자로 작성된 서신과 같은 것입니다. 또한 귀하는 통역사를 요청할 수 있습니다. 도움이 필요하신 경우, 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.
Arabic	نقدم لك خدمات مجانية لمساعدتك على التواصل معنا، مثل الخطابات باللغات الأخرى، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو يمكنك طلب مترجم فوري. لطلب المساعدة، برجاء الاتصال برقم الهاتف المجاني المُدرج على بطاقة هويتك.
Urdu	ہم سے بات چیت کے لئے ہم مفت میں خدمات دستیاب کراتے ہیں۔ جیسے دوسری زبانوں میں حروف یا بڑے پرنٹ، یا آپ مترجم کی خدمات حاصل کرسکتے ہیں۔ مدد طلب کرنے کے لئے برائے کرم آپ کے آئی ڈی میں درج شدہ ممبر کے ٹال فری نمبر پر کال کریں۔
Tagalog	Nagbibigay kami ng mga libreng serbisyo upang maatulongan kang makipag-ugnayan sa amin. Gaya ng mga liham na nakasulat sa iba pang wika o sa malalaking titik. Maari ka rin humiling ng tagasaling-wika. Upang humingi ng tulong, tumawag sa toll-free na numero ng telepono para sa miyembro na nakalista sa iyong ID card.
French	Nous proposons des services gratuits pour vous aider à communiquer avec nous, notamment des lettres dans d'autres langues ou en gros caractères. Vous pouvez aussi demander l'aide d'un interprète. Pour demander de l'aide, veuillez appeler le numéro de téléphone sans frais imprimé sur votre carte d'affilié.

Hindi	हमारे साथ संपर्क करने के लिए हम आपको मुफ्त सेवाएं उपलब्ध करवाते हैं। जैसे कि, दूसरी भाषाओं में पत्र या बड़े प्रिंट। या, आप एक व्याख्याकार के लिए निवेदन कर सकते हैं। मदद मांगने के लिए, कृपया अपने पहचान-पत्र की सूची में दिए गए टोल फ्री सदस्य फोन नंबर पर कॉल करें।
Persian	ما خدمات رایگانی را برای به کمک به شما در برقراری ارتباط با ما ارائه می کنیم. از قبیل نامه ها به سایر زبان ها یا چاپ درشت. یا می توانید برای مترجم شفاهی درخواست کنید. جهت درخواست برای کمک و راهنمایی، لطفاً با شماره تلفن رایگانی که بر روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.
German	Um Ihnen die Kommunikation mit uns zu erleichtern, stellen wir Ihnen kostenlose Dienste zur Verfügung. Hierzu zählen u. a. Schreiben in anderen Sprachen oder Großdruck und die Möglichkeit, einen Dolmetscher anzufordern. Bitte wenden Sie sich für Unterstützung an die gebührenfreie Rufnummer auf Ihrem Mitgliedsausweis.
Gujarati	અમારી સાથે માહિતીનું આદાન પ્રદાન કરવા માટે તમને મદદ કરવા માટે અમે નિ:શુલ્ક સેવાઓ પૂરી પાડીએ છીએ. જેવી કે અન્ય ભાષાઓમાં પત્રો કે મોટું છાપકામ. અથવા તમે એક દુભાષિયાની માંગ કરી શકો છો. મદદ માંગવા માટે, તમારા આઈડી કાર્ડ ઉપર નોંધવામાં આવેલા સભ્ય ટોલ ફ્રી ફોન નંબરને કોલ કરવા વિનંતી.
Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги перевода для того чтобы помочь вам свободно общаться с нами. Например, мы переводим письма на другие языки или предоставляем информацию, напечатанную крупным шрифтом. Либо вы можете подать запрос о предоставлении вам услуг устного переводчика. Для того чтобы обратиться за помощью, вам необходимо позвонить по бесплатному для участников номеру, указанному на вашей идентификационной карте.
Japanese	お客様のコミュニケーションをお手伝いする無料のサービスをご用意しています。これには他の言語や大きな文字での書簡などが含まれ、通訳もご利用いただけます。サービスやお手伝いをご希望の方は、IDカードに記載されているメンバー用フリーダイヤルにお電話ください。
Laotian	ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຕິດຕໍ່ກັບພວກເຮົາເຊັ່ນ, ຈົດໝາຍໃນພາສາອື່ນ ຫຼື ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ຫຼື ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີນາຍພາສາ. ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະລຸນາໂທຫາເບີໂທລະສັບຂອງສະມາຊິກໂທພຣີທີ່ລະບຸໄວ້ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.



Estamos aquí para usted

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: **7-1-1**, para personas sordas y con problemas de audición. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: UHCCommunityPlan.com.

UnitedHealthcare Community Plan
Regional Service Delivery Area Office
14141 Southwest Freeway, Suite 500
Sugar Land, TX 77478

UHCCommunityPlan.com

1-888-887-9003, TDD/TTY: **7-1-1**,
para personas sordas y con problemas de audición
8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes

**United
Healthcare
Community Plan**

