



Bienvenido a la **comunidad.**

Texas – abril de 2016

**UnitedHealthcare Community Plan
Manual para Miembros de STAR+PLUS
Instituciones de enfermería**

Áreas de prestación de servicio de Harris, Jefferson,
Travis, Nueces, MRSA Central y MRSA Northeast

1-888-887-9003, TDD/TTY: 711,
para personas con problemas de audición



1-888-887-9003 TDD/TTY: 711, para personas con problemas de audición

Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del centro UHCCommunityPlan.com

Qué debe hacer en caso de una emergencia

En caso de una emergencia, siga las instrucciones provistas por el establecimiento con cuidados de enfermería en donde reside. El personal del establecimiento se pondrá en contacto con las autoridades competentes para coordinar los servicios y/o transporte de emergencia. 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

En caso de una emergencia, siga las instrucciones provistas por el establecimiento con cuidados de enfermería en donde reside. El personal del establecimiento se pondrá en contacto con las autoridades competentes para coordinar los servicios y/o transporte de emergencia.

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: 711**, para personas 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	
Se ofrece información e intérpretes en varios idiomas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después de las horas hábiles, comuníquese con la línea de enfermería NurseLine. Se habla español. TDD/TTY (para personas con problemas de audición)		711
Coordinación de Servicios (Service Coordination)	1-888-887-9003	
(8:00 a.m. a 8:00 p.m., lunes a viernes)		
Línea de enfermería NurseLine	1-877-839-5407	
(Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)		
Para servicios odontológicos, llame a Servicios para Miembros	1-888-887-9003	
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)		
Programa de transporte médico	1-877-633-8747	
Servicios de salud mental y abuso de sustancias	1-866-302-3996	
Optum Behavioral Health; disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Se brinda información e intérpretes en muchos idiomas. Ante una situación de crisis y si tiene problemas con la línea telefónica, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.		
Línea de ayuda de atención administrada de Medicaid	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	

Gracias por elegir

UnitedHealthcare Community Plan

como su plan de salud.

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan.

UnitedHealthcare Community Plan, una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), 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 remisión 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 lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La cobertura después de las horas hábiles y durante los fines de semana se encuentra disponible a través de un sistema telefónico automático.

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.

Ubicaciones de nuestras oficinas

UnitedHealthcare Community Plan

Oficina Regional de los Áreas de Servicio

14141 Southwest Freeway, Suite 800
Sugar Land, TX 77478

O visite nuestro sitio web en: UHCommunityPlan.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: 711)

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

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.



3 Importantes puntos del plan de salud

- [3](#) Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan
- [3](#) Su Guía para la buena salud
- [4](#) Ubicaciones de nuestras oficinas
- [4](#) ¿Qué es Servicios para Miembros?
- [5](#) ¿Cómo me afecta mi cobertura con UnitedHealthcare Community Plan STAR+PLUS si tengo ambas coberturas Medicare y STAR+PLUS?
- [6](#) Tabla de Contenido
- [11](#) Su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan
- [11](#) ¿Cuándo y dónde uso mi tarjeta de ID de UnitedHealthcare Community Plan?
- [12](#) Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan
- [12](#) Cómo reemplazar su tarjeta si se pierde o se la roban
- [13](#) Su formulario de verificación temporal de Medicaid (Formulario 1027A)
- [14](#) La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits



16 Para ir al doctor

- [16](#) ¿Qué es un proveedor de cuidado primario (PCP)?
- [16](#) ¿Cómo puedo consultar con mi Proveedor de Atención Primaria si él o ella no me visitan en mi casa de reposo?
- [16](#) ¿Cómo elijo un proveedor de cuidado primario?
- [16](#) ¿Puedo seguir yendo a mi proveedor si no forma parte de mi plan de salud?
- [17](#) ¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario?
- [17](#) ¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de proveedor de cuidado primario?
- [17](#) Planes de incentivos para doctores
- [18](#) ¿Qué es la coordinación de servicios?
- [18](#) ¿Quién es un Coordinador de Servicios?
- [18](#) ¿Qué es el Servicio de Coordinación y que puede un Coordinador de Servicios hacer por mí?
- [19](#) ¿Cómo puedo ponerme en contacto con un Coordinador de Servicios?
- [19](#) ¿Qué otros programas se encuentran disponibles para ayudarme a controlar mi enfermedad crónica?
- [19](#) ¿Sabía que usted puede escoger a la persona que le otorga sus cuidados de salud?
- [20](#) ¿Por qué querría yo escoger a CDS?
- [20](#) ¿Cómo funciona CDS?
- [20](#) ¿Cuáles son los servicios que pueden ser auto-dirigidos y en qué programas?
- [21](#) ¿Qué sucede si necesito consultar con un médico especial (especialista)?
- [21](#) ¿Qué es una remisión?
- [21](#) ¿Qué servicios no necesitan una remisión?
- [21](#) ¿Cuánto debe esperar para visitar a un especialista?



Para ir al doctor (continuación)

- [22](#) ¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?
- [22](#) ¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o problemas de alcohol o drogas? ¿Necesito una remisión para esto?
- [23](#) ¿Cuáles son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y de Administración de Casos Escogidos de Salud Mental? ¿Cómo puedo obtener esos servicios?
- [23](#) ¿Cómo obtengo mis medicamentos?
- [23](#) ¿Cómo encuentro una farmacia de la red?
- [23](#) ¿Qué sucede si voy a una farmacia que no pertenece a la red?
- [24](#) ¿Qué debo llevar a la farmacia?
- [24](#) ¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?
- [24](#) ¿A quién puedo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?
- [24](#) ¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?
- [24](#) ¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?
- [24](#) ¿Qué sucede si yo tengo también Medicare?
- [25](#) ¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?
- [25](#) ¿A quién necesito llamar si tengo necesidades especiales de cuidados para la salud y necesito de alguien que me ayude?
- [26](#) ¿Qué sucede si necesito recibir atención de un obstetricia/ginecología?
¿Necesito una remisión?
- [26](#) ¿Puedo conservar mi obstetra/ginecólogo aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan?
- [27](#) ¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo?
- [27](#) Si no elijo un obstetra/ ginecólogo, ¿tengo acceso directo?
- [27](#) ¿Necesitaré una remisión para obtener los servicios de un obstetra/ginecólogo?
- [27](#) ¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de contactarme con mi obstetra/ginecólogo para una cita?
- [27](#) ¿Cómo concierto citas?
- [27](#) ¿Qué debo llevar a mi cita?
- [28](#) ¿Cómo obtengo atención médica después del horario de cierre del consultorio de mi proveedor de cuidado primario?
- [28](#) ¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?
- [28](#) ¿Qué sucede si estoy fuera del estado?
- [29](#) ¿Qué hago si estoy fuera del país?
- [29](#) ¿Qué tengo que hacer si me mudo?
- [29](#) ¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?
- [29](#) ¿A quién llamo?
- [29](#) ¿Cuántas veces puedo cambiar los planes de salud?
- [29](#) ¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan de salud?
- [30](#) ¿UnitedHealthcare Community Plan me puede pedir que me retire de su plan de salud?



Para ir al doctor (continuación)

- [30](#) Servicios de idiomas e intérpretes
- [30](#) ¿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?
- [31](#) ¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?
- [31](#) ¿Qué significa médicamente necesario?
- [32](#) ¿Qué es la atención médica de emergencia?
- [33](#) ¿Qué tan pronto puedo esperar recibir atención en una emergencia?
- [33](#) ¿Necesito una autorización previa?
- [33](#) ¿Qué es la pos-estabilización?
- [33](#) ¿Qué es la atención médica de urgencia?
- [34](#) ¿Qué es la atención médica de rutina y qué tan pronto puedo esperar recibir atención?
- [34](#) ¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?
- [35](#) ¿Se cubren servicios dentales que no sean de emergencia?
- [35](#) ¿Cómo obtengo servicios de atención de oftalmológica?



36 Beneficios y servicios

- [36](#) ¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?
- [37](#) ¿Cómo obtengo estos servicios?
- [37](#) ¿Existen limitaciones para algún servicio cubierto?
- [38](#) ¿Qué son los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?
- [38](#) ¿Cuáles son mis servicios y apoyos de largo plazo en una institución de enfermería?
- [38](#) ¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número hablo para obtener información acerca de estos servicios?
- [38](#) ¿Cómo cambiarían mis beneficios si me mudo a la comunidad?
- [38](#) Servicios a largo plazo basados en la comunidad para todos los Miembros
- [39](#) Servicios de Exención de HCBS STAR+PLUS para los Miembros que califican para estos servicios
- [39](#) Modificaciones menores a la casa
- [40](#) ¿Cuáles son mis beneficios de atención aguda?
- [42](#) ¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número hablo para obtener información acerca de estos servicios?
- [42](#) ¿Qué servicios no son beneficios cubiertos?
- [43](#) ¿Qué servicios puedo yo aún obtener a través de Medicaid en forma regular pero que no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan?
- [43](#) ¿Qué son mis beneficios de medicamentos recetados?



44 Planificación familiar

- [44](#) ¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesito una remisión?
- [44](#) ¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?



45 Otros detalles del plan

- [45](#) ¿Qué beneficios adicionales recibo como Miembro de UnitedHealthcare?
- [47](#) ¿Cómo puedo obtener estos beneficios?
- [48](#) ¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?
- [48](#) ¿Con qué otros servicios puede UnitedHealthcare Community Plan ayudarme?
- [49](#) Servicios para el transporte de UnitedHealthcare Community Plan para los residentes a las casas de reposo con servicios de enfermería
- [49](#) ¿Cuáles son los servicios de transporte que se ofrecen?
- [49](#) ¿Cómo obtengo este servicio?
- [49](#) ¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?
- [50](#) ¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico? ¿A quién debo llamar?
¿Qué información necesitarán?
- [50](#) ¿Qué es un ingreso aplicado?
- [50](#) ¿Cuáles son mis responsabilidades?
- [50](#) ¿Qué tengo que hacer si me mudo?
- [51](#) ¿Qué sucede si tengo un seguro privado u otro seguro médico además de Medicaid?
- [51](#) ¿Puede mi proveedor de Medicare mandarme una factura para suministros o servicios si estoy en Medicare y Medicaid?
- [52](#) ¿Qué hago si tengo una queja acerca de mis cuidados de salud, mi proveedor, mi coordinador de servicios o mi plan de salud?
- [52](#) ¿A quién llamo?
- [52](#) ¿Dónde puedo enviar una queja por correo?
- [53](#) Programa del defensor del pueblo
- [53](#) ¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?
- [53](#) ¿Cuánto tiempo se demorará en procesar mi queja?
- [53](#) ¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una queja?
- [53](#) ¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o lo limita?
- [54](#) ¿De qué forma me notificarán si los servicios son denegados?
- [54](#) ¿Cuáles son los plazos para el proceso de la apelación?
- [54](#) ¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?
- [54](#) ¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?



Otros detalles del plan *(continuación)*



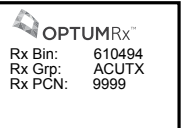
- [54](#) ¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una apelación?
- [55](#) ¿Qué es una apelación acelerada?
- [55](#) ¿Cómo solicito una apelación acelerada?
- [55](#) ¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?
- [55](#) ¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?
- [55](#) ¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una solicitud de apelación acelerada?
- [55](#) ¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?
- [56](#) ¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?
- [57](#) ¿Qué es una directiva anticipada?
- [57](#) ¿Cómo puedo elaborar una directiva anticipada?
- [57](#) ¿Quién tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica?
- [57](#) ¿Qué sucede si no puedo tomar decisiones o informar a los proveedores sobre mis decisiones de atención médica?
- [57](#) ¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar una decisión sobre mi atención médica?
- [58](#) ¿Cuáles son mis opciones para realizar una directiva anticipada?
- [58](#) ¿Se debe respetar mi directiva anticipada?
- [58](#) ¿Debe ser un abogado quien prepare mi directiva anticipada?
- [58](#) ¿Quién debe tener una copia de mi directiva anticipada?
- [58](#) ¿Tengo que hacer una directiva anticipada?
- [58](#) ¿Puedo cambiar o cancelar mi directiva anticipada?
- [59](#) ¿Qué sucede si ya tengo una directiva anticipada?
- [59](#) Según la ley, ¿quién puede tomar decisiones de atención médica por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una directiva anticipada?
- [60](#) Derechos y responsabilidades de los Miembros
- [63](#) Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información
- [64](#) Fraude y abuso
- [64](#) ¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?
- [65](#) Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible
- [66](#) Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

¿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.

 	
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04	
Member ID/ID del Miembro: 999999999	Group/grupo: TXSTPL
Member/Miembro: SUBSCRIBER BROWN	Payer ID/ID del Pagador: 87726
DOB/Fecha de nacimiento: 99/99/9999	
PCP Name/Nombre del PCP: PROVIDER BROWN	
PCP Phone/Teléfono del PCP: (999) 999-9999	
Effective Date/ Fecha de vigencia: 11/02/2014	
0709	EPO Administered by UnitedHealthcare Insurance Company

Para Miembros con tarjeta ID de Medicaid y Medicare.

 	
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04	
Member ID/ID del Miembro: 999999999	Group/grupo: TXSTPL
Member/Miembro: SUBSCRIBER BROWN	Payer ID/ID del Pagador: 87726
DOB/Fecha de nacimiento: 99/99/9999	
PCP Name/Nombre del PCP: USE MEDICARE	
Long term care services only Solo servicios de atención a largo plazo	
0709	
EPO Administered by UnitedHealthcare Insurance Company	

In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 01/01/01




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 TDD 711
Mental Health/Salud Mental:	866-302-3996
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 Box 29044, Hot Springs, AR 71903
 For Pharmacists: 877-305-8952

In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 01/01/01



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	TDD 711
Mental Health/Salud Mental:		866-302-3996
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 solo mostrará los servicios de Cuidados a Largo Plazo.

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: 711**, para personas con problemas de audición.

Recuerde llevar con usted la tarjeta de identificación y presentarla siempre que obtenga servicios. Su proveedor necesitará la información que se incluye en su tarjeta para averiguar cuál es su cobertura.

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

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 211 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 211 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 podamos actualizar nuestros records. Llame a **TDD/TTY: 711**, para personas con problemas de audición.

4.15.1 Medicaid Eligibility Verification (Form H1027-A)

Texas Health and Human Services Commission/Form H1027-A(09-2007)

Medicaid Eligibility Verification
Confirmación de elegibilidad para Medicaid

THIS FORM COVERS ONLY THE DATES SHOWN BELOW. IT IS NOT VALID FOR ANY DAYS BEFORE OR AFTER THESE DATES.
ESTA FORMA ES VÁLIDA SOLAMENTE EN LAS FECHAS INDICADAS ABAJO. NO ES VÁLIDA NI ANTES NI DESPUÉS DE ESTAS FECHAS.

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. Pharmacists have 30 days from the date the number is issued to file clean claims. However, check your provider manual because 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 lost or late. The client number must appear on all claims for health services.

Qualify Eligible Method: Local DCU SAVER Direct Inquiry Regional Procedure S.D DCU (A & D Staff Only) EN: **610098**

Client Name Nombre del Cliente	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Client No. Cliente Num.	Eligibility Dates Período de Elegibilidad	Medicare Claim No. Núm. de Seguro de Pago de Medicare	Plan Name and Member Services Tollfree Telephone No. Nombre del plan y teléfono gratuito de Servicios para Miembros
			From/Desde	Through/Hasta	

I hereby certify, under penalty of perjury and/or fraud, that the above client(s) have lost, have not received, or have no access to the Medicaid Identification (Form H1027) for the current month. I have requested and received Form H1027-A, Medicaid Eligibility Verification, to use as proof of eligibility for the dates shown above. I understand that using this form to obtain Medicaid benefits (services or supplies) for people not listed above is fraud and is punishable by fine and/or imprisonment.

Por este medio certifico, bajo pena de perjurio y/o fraude, que los clientes nombrados arriba hemos perdido, no hemos recibido o por otra razón no tenemos en nuestro poder la identificación para Medicaid (Forma H1027) del corriente mes. Solicité y recibí esta Confirmación de Elegibilidad Médica (Forma H1027-A) para comprobar nuestra elegibilidad para Medicaid durante el período cubierto especificado arriba. Comprendo que usar esta confirmación para obtener beneficios (servicios o artículos) de Medicaid para alguna persona no nombrada arriba como beneficiario constituye fraude y es castigable por una multa y/o la cárcel.

CAUTION: If you accept Medicaid benefits (services or supplies), you give and assign to the state of Texas your right to receive payments for those services or supplies from other insurance companies and other liable sources, up to the amount needed to cover what Medicaid spent.

ADVERTENCIA: Si usted acepta beneficios de Medicaid (servicios o artículos), otorga y concede al estado de Texas el derecho a recibir pagos por los servicios o artículos de otras compañías de seguros y otras fuentes responsables, hasta completar la cantidad que se requiere para cubrir lo que haya gastado Medicaid.

Signature—Client or Representative/Firma—Cliente o Representante: _____ Date/Fecha: _____

Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono: _____

Name of Worker (Type)/Nombre del Trabajador	Worker B.N.	Worker Signature	Date
	X		
Name of Supervisor (Type)/Nombre del Supervisor	Supervisor B.N.	Supervisor Signature	Date
	X		

or Authorized Lead Worker/o Trabajador encargado

(Ejemplo de la verificación temporal de Medicaid, frente)

(Ejemplo de la verificación temporal de Medicaid, reverso)

Form H1027-A
Page 2/09-2007

El cliente de Medicaid no tiene que pagar cuentas médicas que Medicaid debe pagar. Es muy importante que usted diga inmediatamente a su médico, al hospital, a la farmacia y a otros proveedores de servicios médicos que usted tiene Medicaid. Si no lo dice que tiene Medicaid, puede que usted tenga que pagar estas cuentas. Si usted recibe una cuenta de un doctor, un hospital, u otro proveedor de servicios médicos, pregunte por qué le mandó la cuenta. Si todavía le mandan una cuenta, llame al número de Medicaid al 1-800-252-8263 para pedir ayuda. Si Medicaid no va a pagar la cuenta o si se niegan los beneficios de Medicaid (los servicios o los artículos) usted puede pedir por escrito una audiencia imparcial. La dirección y el número de teléfono aparecen en la carta que recibió.

Note: Las oficinas de planificación familiar y los otros proveedores ofrecen gratis exámenes físicos, análisis de laboratorio, métodos anticonceptivos (inclusive la esterilización) y consejería sobre los anticonceptivos.

Only those people listed under "CLIENT NAME" have Medicaid coverage. Payment is allowed ONLY for services received during the eligibility dates reflected 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:

- Emergency—The client is limited to coverage for an emergency medical condition. This means a medical condition (including emergency labor and delivery) manifesting itself by acute symptoms sufficient severity (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 waives the right to receive services related to the terminal condition through other Medicaid programs. If a client desires to have covered hospital care, call the local hospice agency or IHSC to verify.
- OMB—The Medicaid agency is providing coverage of Medicare premiums, deductibles, and coinsurance liabilities, but the client is not eligible for regular Medicaid benefits.
- QMB—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 outpatient 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/STAR-PLUS Health Plan, or gets services through the Community Living Assistance and Support Services (CLASS), Community Based Alternative (CBA) and other non-SBI community-based waiver programs. Clients with Medicare who are enrolled in STAR-PLUS may be limited to three prescriptions per month.

Su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid

Cuando lo aprueban para recibir Medicaid, usted recibirá una tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. 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. La tarjeta tiene una cinta magnética con su número de identificación de Medicaid. El doctor puede usar la tarjeta para saber si usted tiene beneficios de Medicaid cuando vaya a una cita. Se le dará solamente una tarjeta y solo recibirá una nueva tarjeta en caso de que usted pierda su tarjeta o sea robada. Si extravía o le roban su tarjeta de identificación de Medicaid, usted puede obtener una nueva tarjeta llamando gratuitamente a 1-855-827-3748 o acudiendo a internet en www.YourTexasBenefits.com para imprimir una tarjeta temporal nueva.

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 historia médica es una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted recibió por medio de Medicaid. La divulgamos a los doctores de Medicaid para ayudarles a decidir qué atención médica necesita usted. Si no quiere que los doctores vean su historia médica por medio de una red segura en Internet, llame sin cobrar al 1-800-252-8263.

La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits 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 Texas Women’s Health (TWHP),
 - 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.

Importantes puntos del plan de salud

Se entrega una tarjeta a cada persona que se convierte en Miembro de Medicaid. Por ejemplo, si en su hogar hay 3 personas que se convierten en Miembros de Medicaid, debería haber 3 tarjetas (una por cada persona).

- Lleve esta tarjeta cuando vaya a una farmacia, al dentista o a un médico de Medicaid.
- Lleve y cuide su tarjeta como lo hace con su licencia de conducir o con la tarjeta de crédito.
- Si pierde la tarjeta, llame al 1-855-827-3748. El número es gratuito.

¿Qué es un proveedor de cuidado primario (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 remisión 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.

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.

¿Cómo puedo consultar con mi Proveedor de Atención Primaria si él o ella no me visitan en mi casa de reposo?

Si usted necesita salir de su casa de reposo para ir a una consulta con un doctor, su residencia le proveerá con el transporte necesario.

¿Cómo elijo un proveedor de cuidado primario?

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](https://www.uhc.com/CommunityPlan).

¿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 cuidado primario?

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.

¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de proveedor de cuidado primario?

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.

Planes de incentivos para doctores

UnitedHealthcare Community Plan premia a los doctores cuyos tratamientos son económicos para las personas cubiertas por Medicaid. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de cuidado primario (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.

¿Tiene preguntas acerca de cómo consultar con un proveedor?

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

¿Qué es la coordinación de servicio?

Son servicios especializados/procesos para los cuidados de salud que incluyen, pero no están limitados a:

- Identificación de las necesidades físicas, mentales o de salud a largo plazo del Miembro.
- Enfoque a las necesidades especiales del Miembro que pueden mejorar los resultados y su salud y bienestar.
- Prestando asistencia al Miembro para asegurar y coordinar a tiempo el acceso a diversos servicios y/o servicios que sean elegibles para cobertura por Medicaid.
- Asociación con casas de reposo con servicios de enfermería para asegurar los mejores resultados posibles para la salud y seguridad del Miembro.
- Coordinación de la prestación de servicios a los Miembros que se encuentran en transición para el retorno a la comunidad.

¿Quién es un Coordinador 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 Cuidado Primario.
- 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 con problemas de audición, llame empleando **TDD/TTY: 711**.

¿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.

¿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 a la agencia CDS para que maneje los servicios fiscales por usted. Como empleador, usted necesita hacer arreglos para el pago de los impuestos de empleo. Usted necesitará pagar a sus empleados de los fondos de su programa. Su agencia CDS le ofrecerá a usted este servicio.

¿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.

¿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/supervisión de protección, relevo, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla/lenguaje, servicios de enfermería, consulta de apoyo, asistencia de empleo/empleo con apoyo, terapia de rehabilitación cognitiva
Cuidados primarios en casa/servicios de asistente en la comunidad	Servicios de asistencia personal Consulta sobre el apoyo

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 con problemas de audición, llame empleando **TDD/TTY: 711**.

¿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 remisión?

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 remisión. Su médico es la única persona que le puede otorgar una remisión para que consulte con un especialista. Si realiza una visita o recibe servicios de un especialista sin la remisión 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 remisión para servicios relacionados.

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

NO necesita una remisión 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 remisión.

¿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 cuidado primario debería poder otorgarle una remisión 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.

¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o problemas de alcohol o drogas? ¿Necesito una remisión 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 1-866-302-3996 para recibir asistencia. No necesita una remisión para estos servicios.

Habrá personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés. Si necesita ayuda con otros idiomas, infórmeles al respecto. El Servicio para Miembros lo conectará con la Línea de idiomas de AT&T y responderá sus preguntas. Llame a TDD/TTY: 711, para personas con problemas de audición.

Si se encuentra ante una situación de crisis y tiene problemas con la línea telefónica, llame al 911 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 fortaleza 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.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. El doctor le prescribirá un medicamento para usted y mandará la receta por teléfono, fax o por otro medio electrónico hasta su casa de reposo para que se ordene, le surtan, le entreguen y le administren el medicamento.

¿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 y su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid.

¿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:

http://www.uhccommunityplan.com/content/dam/communityplan/plandocuments/findapharmacy/Texas_Listing_of_Delivery_Pharmacies.pdf.

¿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 identificación de Your Texas Benefits Medicaid cuando visite al médico o cuando vaya a la farmacia.

¿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.

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?

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

¿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. Los medicamentos con receta se cubren a través del programa Vendor Drugs de Medicaid o Medicaid Part D.

¿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 remisión?

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 cuidado primario.

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 remisión 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.

¿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.

Para ir al doctor

¿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 [UHCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/community-plan).

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 remisión para obtener los servicios de un obstetra/ginecólogo?

No, no necesita una remisión 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.

¿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, 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 cuidado primario?

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 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué hago si me enfermo cuando me encuentro fuera de la institución o estoy viajando fuera de la ciudad?

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 identificación 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, infórmesela a la oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios llamando al 211 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 STAR+PLUS al 1-800-964-2777. Si está en el hospital, un centro de tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias (SUD), o centro residencial de desintoxicación para SUD, no puede cambiar de plan de salud hasta que lo den de alta.

¿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;
 - Seguir visitando a un médico que no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

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: 711** para personas 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: 711** para personas 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 “médicamente necesario”?

1. 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
2. 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.

UnitedHealthcare Community Plan solamente determinará la necesidad médica para obtener los Servicios Extras y Servicios para Cuidados de Salud Críticos en una casa de reposo con servicios de enfermería. Los Servicios Extras en una casa de reposo con servicios de enfermería incluyen, pero no están limitados a, emergencias dentales, servicios de rehabilitación ordenados por un doctor, sillas de ruedas motorizadas y aparatos de audio-comunicación.

¿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.

¿Necesito una autorización previa?

No se necesita una referencia para cuidados de emergencia.

¿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 1-877-839-5407 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 las cuatro semanas. 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 los servicios dentales de emergencia?

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios limitados dentales de emergencia para lo siguiente:

- Luxación mandibular.
- Traumatismo de los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías.
- Tratamiento y aparatos correctivos de anomalías craneofaciales.
- Medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

UnitedHealthcare Community Plan también cubre los servicios dentales proporcionados a los Miembros de Medicaid en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos por el hospital, el médico y servicios médicos relacionados (por ejemplo, anestesia y medicamentos).

Los procedimientos para emergencias dentales cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- Alivio de un dolor intenso en la cavidad bucal, asociado con una infección de carácter serio o con inflamación;
- Reparación del daño por la pérdida de un diente debido a trauma (solo para los cuidados inmediatos, no de carácter restaurativo);
- Reducción de fracturas simples o compuestas (abiertas o cerradas) del maxilar o de la mandíbula;
- Reparación de laceraciones dentro o alrededor de la cavidad bucal.;
- Excusión de tumores, incluyendo los benignos, malignos, lesiones pre-malignas y quistes;
- Incisión y drenaje de celulitis;
- Terapia de conducto radicular. El pago está sujeto a la revisión de la necesidad dental y a las radiografías pre- y post-operatorias requeridas; y
- Extracciones: por un solo diente, permanente; un solo diente primario; dientes supernumerarios; impacción de tejido suave; impacción parcial de hueso; impacción completa de hueso; extracción quirúrgica de diente en erupción o extracción de la cima de un diente residual.

¿Se cubren servicios dentales que no sean de emergencia?

UnitedHealthcare Community Plan no es responsable por el pago de servicios dentales de rutina que se proveen a los Miembros elegibles para Medicaid.

¿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.

¿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 audiología, incluyendo audífonos, para adultos y niños.
- Servicios de salud del comportamiento.
- Servicios de psiquiatría.
- Servicios de consejería para adultos.
- Servicios de tratamiento para trastornos del uso de sustancias.
- Cuidados prenatales.
- Servicios de maternidad.
- Servicios de detección del cáncer, diagnóstico, y tratamiento.
- Servicios quiroprácticos.
- Diálisis.
- Equipo médico duradero y suministros.
- Intervención de la Primera Infancia (ECI).
- Servicios de emergencia.
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios de atención médica en el hogar.
- Servicios hospitalarios, ambulatorios y hospitalarios.
- Laboratorio.
- Mastectomía, reconstrucción de senos y los procedimientos de seguimiento relacionados.
- Exámenes médicos y servicios del Programa de Atención Integral (CCP) para los niños a través del programa Pasos Sanos de Texas (Texas Health Steps).
- Evaluación oral y tratamiento de flúor en la Casa de Salud en conjunto con una revisión médica de Texas Health Steps para los niños de 6 meses a 35 meses de edad.
- Optometría, anteojos y lentes de contacto, si es médicamente necesario.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios y productos biológicos.
- Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un hospital.
- Podología.
- Cuidados prenatales.
- Servicios de atención primaria.

Beneficios y servicios

- Servicios preventivos incluyendo un examen de bienestar de adulto para los pacientes de 21 años de edad o más.
- Radiología, imágenes y rayos X.
- Servicios de médicos especiales.
- Terapia física, ocupacional y del habla.
- 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**.

¿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 **1-888-887-9003** para pedir estos servicios.

¿Cuáles son mis servicios y apoyos de largo plazo en una institución de enfermería?

Los Miembros recibirán los servicios que se cubren por las casas de reposo con servicios de enfermería por los precios del diario, fijados por la casa de reposo. Los servicios extras dentro de la casa de reposo con servicios de enfermería son también provistos cuando sean médicamente necesarios y estos son cubiertos por afuera de los precios del diario que se han fijado.

¿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**.

¿Cómo cambiarían mis beneficios si me mudo a la comunidad?

Los Miembros que vuelven a vivir en la comunidad recibirán los servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad o los servicios de Exención STAR+PLUS, incluyendo:

Servicios a largo plazo basados en la comunidad para todos los Miembros.

- Servicios de Ayudante Personal.
- Servicios de actividades diurnas y de salud.

Servicios de Exención de HCBS STAR+PLUS para los Miembros que califican para estos servicios.

- Servicios de Ayudante Personal (incluyendo tres opciones de entrega de servicios: auto-dirigido; modelo de agencia auto-dirigido, y modelo de agencia).
- Servicios de descanso en el hogar o fuera del hogar.
- Servicios de enfermería (en casa).
- Servicios de respuesta de emergencia (botón de llamada de emergencia).
- Comidas suministradas a domicilio.

Modificaciones menores a la casa.

- Ayudas para la adaptación y equipo médico.
- Suministros médicos no disponibles a través del plan de Medicaid del estado de Texas/Exención 1115 del programa de Texas Healthcare Transformation and Quality Improvement (THTQIP).
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla.
- Actividades diurnas para la salud (DAHS).
- Cuidado temporal de adulto.
- Residencia asistida.
- Servicios de asistencia de transición.
- Servicios dentales.
- Terapia de rehabilitación cognitiva.
- Servicios de administración financiera.
- Consulta de apoyo.
- Asistencia de empleo.
- Empleo con apoyo.

¿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:

- Servicios de ambulancia.
- Servicios de audiología, incluyendo aparatos para la audición.
- Servicios de salud mental, incluyendo:
 - Servicios de salud mental para el paciente adulto o niños hospitalizados. El MCO puede proveer estos servicios en un hospital psiquiátrico autónomo en lugar de hacerlo en un hospital para cuidados intensivos.
 - Los servicios para la salud mental de un paciente ambulatorio para adultos o niños.
 - Servicios de psiquiatría.
 - Servicios de asesoramiento para adultos (de 21 años y mayores).
 - Se incluye servicios para el tratamiento de desórdenes por el abuso de sustancias.
- Servicios para pacientes ambulatorios, incluyendo:
 - Evaluación.
 - Servicios de desintoxicación.
 - Tratamientos por asesoramiento.
 - Terapia asistida para los medicamentos.
 - Servicios residenciales, que pueden proveerse en un establecimiento para el tratamiento de las dependencias a sustancias químicas en lugar de un hospital para dar tratamientos intensivos de cuidados para la salud a pacientes hospitalizados, estos tratamientos incluyen servicios de desintoxicación.
 - Tratamientos para los desórdenes por el uso de sustancias (incluyendo la habitación y alimentos).
- Cuidados prenatales provistos por un doctor, una enfermera partera certificada (CNM), una enfermera practicante (NP), una enfermera clínica especializada (CNS) y asistentes de doctor (PA) en un centro de nacimiento licenciado.
- Servicios de nacimiento provistos por un doctor y una CNM en un centro de nacimiento licenciado.
- Servicios de nacimiento provistos por un centro de nacimiento licenciado.
- Pruebas para detectar el cáncer, diagnóstico y servicios de tratamiento.
- Servicios de quiropráctica.
- Diálisis.
- Equipo médico durable y suministros.
- Servicios para la intervención temprana para niños (ECI).

Beneficios y servicios

- Servicios de emergencia.
- Servicios de planeación en el hogar.
- Servicios para los cuidados de salud en el hogar.
- Servicios de hospital, pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- Laboratorio.
- Mastectomías, reconstrucción de las mamas, así como otros procedimientos de seguimiento, incluyendo:
 - Servicios para pacientes ambulatorios en el hospital y en centros de los cuidados de salud que sean clínicamente apropiados para pacientes ambulatorios; y servicios profesionales provistos en una oficina de doctor para pacientes hospitalizados y ambulatorios para casos como:
 - Todas las fases de la reconstrucción de mama(s), en las cuáles hay una necesidad médica para un procedimiento de mastectomía;
 - Cirugía y reconstrucción en el otro seno para obtener una apariencia simétrica;
 - Tratamiento de las complicaciones físicas de una mastectomía y el tratamiento de limfedemas (acumulación de linfa en el tejido); y
 - Mastectomías profilácticas para prevenir el desarrollo del cáncer.
 - Prótesis externas de la(s) mama(s) cuando un procedimiento de mastectomía ha sido necesario.
- Revisiones médicas y servicios del Programa comprensivo de los cuidados de salud (CCP) para niños (del nacimiento a los 20 años de edad) a través del programa Texas Health Steps.
- Evaluación oral y barniz de fluoruro en el Hogar Médico junto con las revisiones médicas de Texas Health Steps para los niños de 6 meses a los 35 meses de edad.
- Medicamentos y biológicos para pacientes ambulatorios; incluyendo aquellos que se dispensan por farmacias y los medicamentos y biológicos que son administrados por los proveedores.
- Medicamentos y biológicos que son provistos para el paciente hospitalizado.
- Podiatría.
- Cuidados prenatales.
- Servicios de atención primaria.
- Servicios preventivos incluyendo una revisión médica preventiva para adultos, para pacientes que sean mayores de 21 años.
- Radiología, toma de imágenes (MRI, SCANS).
- Servicios por doctores de especialidad.
- Terapias — física, ocupacional y del habla.
- Trasplante de órganos y tejidos.

- Visión. (Incluyendo optometría y anteojos. Los lentes de contacto solo se cubren si son medicamente necesarios para una corrección de la visión que no puede ser corregida con lentes comunes y corrientes.)
- Telemedicina.
- Telemonitoreo.
- Telesalud.

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: 711**, para personas 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 servicios puedo yo aún obtener a través de Medicaid en forma regular pero que no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan?

- La revisión de pre-admisión y la revisión de residente (PASRR). PASRR es el requerimiento federal que ayuda a determinar si un individuo no ha sido situado por error en una casa de reposo para recibir cuidados a largo plazo.
- Hospicio.

¿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 23 de este Manual para Miembros.

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

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 remisión. 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.

¿Qué beneficios adicionales recibo como Miembro de UnitedHealthcare?

Servicios de valor agregado.

Como Miembro de UnitedHealthcare Community Plan también puede recibir servicios de valor agregado, además de los servicios tradicionales requeridos de Medicaid. Algunos de los servicios de valor agregado que ofrece UnitedHealthcare Community Plan son:

Servicios dentales extras para adultos (mayores de 21 años).

Es un beneficio de \$500 por año para cubrir un examen de rutina, limpieza de los dientes, rayos-x. Con acceso a descuentos por servicios que no sean cubiertos.

Limitaciones:

- Debe emplearse a un proveedor dentro de la red.
- Solo para Miembros de Medicaid (no Medicare).
- \$500 por año.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: 711, para obtener el nombre de un dentista dentro de la red.

Servicios para la visión extras.

Un beneficio de \$105 por año para cubrir una selección mejorada de armazones de anteojos y lentes o armazones y lentes dañados/perdidos.

Limitaciones:

- Debe emplearse a un proveedor dentro de la red.
- \$105 por año.
- Solo para remplazo de armazones o de lentes.
- Solo para Miembros de Medicaid (no Medicare).

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, TDD/TTY: 711, para conocer a un proveedor dentro de la red.

Manejo para la diabetes: Tarjeta de regalo.

Los Miembros que han sido diagnosticados con diabetes pueden recibir tarjetas de regalo por haber completado sus exámenes para la diabetes: HbA1c, examen de los ojos, prueba del colesterol LDL.

Limitaciones:

- El Miembro debe obtener la firma del doctor en la tarjeta de canje cuando sea examinado.
- El Miembro debe enviar por correo la tarjeta de canje firmada.
- Una tarjeta de regalo por \$20 por año.
- Debe emplearse con un proveedor dentro de la red.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003, TDD/TTY: 711**, para solicitar una tarjeta de canje.

Manejo para la diabetes: plantillas.

Los Miembros que son diagnosticados con diabetes pueden recibir dos pares de plantillas de zapatos.

Limitaciones:

- El Miembro debe enviar por correo la tarjeta de canje.
- Dos pares de plantillas por año.
- Solo para Miembros de Medicaid (no Medicare) y debe ser mayores de 18 años de edad.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003, TDD/TTY: 711**, para solicitar una tarjeta de canje.

Suscripción a crucigramas/sudoku/búsqueda de palabras.

Un Miembro recibirá una tarjeta de regalo con valor de \$20 para la suscripción que prefiera.

Limitaciones:

- El Miembro debe llenar la forma para solicitar la tarjeta de regalo.
- Una tarjeta por \$20 por año.
- Se excluyen admisiones a SNF.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003, TDD/TTY: 711**, para solicitar una tarjeta de canje.

Otros detalles del plan

Paquete de bienvenida.

Todos los Miembros de UnitedHealthcare Community Plan que ingresen a una casa de reposo con servicios de enfermería recibirán, cuando sean admitidos, un paquete de bienvenida. El paquete de bienvenida incluye artículos como: una taza para café/botella para el agua, una gorra de baño, una lupa y una bolsa re-usable.

Limitaciones:

- Debe ser una casa de reposo dentro de nuestra red.
- Excluye admisiones a SNF.
- Los artículos en el paquete de bienvenida pueden estar sujetos a cambios.
- Un paquete de bienvenida por Miembro por año.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003, TDD/TTY: 711**.

Asociación Alzheimer para un retorno seguro.

Los Miembros que padecen de la enfermedad de Alzheimer son elegibles para recibir el programa MedicAlert + Alzheimer's Association Safe Return. Este programa nacional asiste a los Miembros para obtener un retorno pronto y seguro para quienes se hayan perdido y deambulen sin poder retornar.

Limitaciones:

- Los Miembros deben haber sido diagnosticados con Alzheimer.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003, TDD/TTY: 711**, para solicitar una tarjeta de canje.

¿Cómo puedo obtener esos beneficios?

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** si usted 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: <http://www.dshs.state.tx.us/caseman/default.shtm>.
- 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).

Servicios para el transporte de UnitedHealthcare Community Plan para los residentes a las casas de reposo con servicios de enfermería.

¿Cuáles son los servicios de transporte que se ofrecen?

Las casas de reposo con servicios de enfermería son responsables para proveer los servicios de transporte en situaciones que no sean de emergencia. Si el servicio de transporte es médicamente necesario, UnitedHealthcare Community Plan provee una ambulancia para el transporte para los Miembros que así lo requieran y solamente en situaciones que no sean de emergencia.

¿Cómo obtengo este servicio?

Para obtener servicio de transporte en una ambulancia para una situación que no sea de emergencia, su proveedor debe contactar a UnitedHealthcare Community Plan y solicitar autorización para estos servicios llamando al **1-888-887-9003**.

¿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 sucede si recibo una factura de mi centro de enfermería? ¿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 es un ingreso aplicado?

Es parte del ingreso personal del Miembro que debe aportarse a la casa de reposo con servicios de enfermería, como parte de la participación obligatoria para cubrir los costos compartidos como beneficiario de Medicaid.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Cada vez que Medicaid recibe una factura de parte de la casa de reposo con servicios de enfermería, el Miembro debe contribuir el ingreso aplicado a la casa de reposo. La cantidad se determina calculando el total del ingreso mensual del Miembro, dividido entre el número de días que el Miembro vive en la casa de reposo cada mes. Al Miembro se le permite guardar \$60 para cubrir sus necesidades personales.

¿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 acerca de mis cuidados de salud, mi proveedor, mi coordinador de servicios o mi plan de salud?

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
Health Plan Operations – H-320
PO Box 85200
Austin, TX 78708-5200
ATTN: Resolution Services

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja por correo electrónico a:

HPM_Complaints@hsc.state.tx.us.

¿A quién llamo?

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

¿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
PO Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Programa del defensor del pueblo.

Los Miembros de UnitedHealthcare Community Plan pueden acceder a un defensor del pueblo independiente a través de nuestra nueva unidad para quejas internas. El defensor de un Miembro puede realizar remisiones sobre la base de la interacción con Miembros que aparentemente necesitan un defensor independiente para solucionar sus inquietudes. Además, el defensor del pueblo puede realizar remisiones a la unidad de quejas de UnitedHealthcare Community Plan en relación con los Miembros de su organización que necesitan ayuda. UnitedHealthcare Community Plan tiene contratos con varias entidades sin fines de lucro para brindar apoyo a los Miembros. Por favor, llame al **1-888-887-9003** para hablar con un defensor del Miembro.

¿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.

¿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 30 días posteriores al momento en que recibió nuestra carta.

Debe presentar la apelación en un plazo de 10 días a partir de la fecha de la carta para asegurarse de que no se interrumpan sus servicios. Puede presentar una apelación enviando una carta o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Puede solicitar 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 tiene hasta 30 días calendarios para decidir si su solicitud de atención es médicamente necesaria y está cubierta. Le enviaremos una carta relacionada con nuestra decisión dentro de los 30 días. En algunos casos, tiene derecho a que tomemos una decisión en el lapso de un día hábil. Si su proveedor lo solicita, debemos tomar una decisión rápida. Puede obtener una decisión rápida si su salud o capacidad motora podrían verse perjudicadas gravemente por esperar.

¿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 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 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?

Puede solicitar una apelación por teléfono, pero se le enviará un formulario de apelaciones que debe ser firmado y devuelto. En cada carta que reciba se incluirá un formulario de apelación cuando UnitedHealthcare Community Plan le deniegue un servicio. Este formulario debe firmarse y devolverse.

¿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.

¿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. 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.

Envíe las solicitudes por correo a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
PO 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 en un día hábil a partir de la fecha en que recibimos la información y la solicitud.

¿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.

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Los Miembros pueden solicitar en cualquier momento una audiencia imparcial justa durante el proceso de apelación del plan de salud o después de este. 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 Un doctor u otro 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 90 días de la fecha de la carta de decisión del plan de salud. Si no pide la audiencia imparcial dentro de los 90 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial. Para pedir una audiencia imparcial, usted o su representante debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** o enviar una carta al plan de salud al:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Fair Hearings Coordinator
14141 Southwest Freeway, Suite 800
Sugar Land, TX 77478

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 le envíe la notificación de acción, o (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.

¿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: 711, para personas con problemas de audición.

¿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.

¿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.

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 cuidado primario. 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 cuidado primario.
 - 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 cuidado primario.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de cuidado primario.
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.

Otros detalles del plan

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 y audiencias imparciales. 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 audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre 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 con respecto a la política de la organización sobre los derechos y responsabilidades de los Miembros.

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 cuidado primario sin demora.
 - c. Hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de cuidado primario, 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 cuidado primario para sus necesidades médicas que no sean de emergencia;
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista;
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su proveedor de cuidado primario 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 cuidado primario 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.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los trámites de queja, apelación y audiencia imparcial.
- 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 cuidado primario para recibir atención de emergencia.
 - En caso de una emergencia, siga las instrucciones provistas por el establecimiento con cuidados de enfermería. El personal del establecimiento se pondrá en contacto con las autoridades competentes para coordinar los servicios y/o transporte de emergencia.
 - 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 cuidado primario 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.

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.hhsc.state.tx.us/>. Bajo la cajilla “I WANT TO” (YO QUIERO”), haga clic en “Report Fraud, Waste, or Abuse” (Denuncie el malgasto, fraude o abuso”) para completar una forma en Internet; O
- Denúncielo directamente al plan de salud:
UnitedHealthcare Community Plan Compliance
14141 Southwest Freeway, Suite 800
Sugar Land, TX 77478
1-888-887-9003

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.

**AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.
ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SE PODRÍA USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA. EXPLICA CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.**

Vigente a partir del 1º. de enero de 2016.

Nosotros¹ por ley debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, HI). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su HI.
- Cuándo podemos compartir su HI con otros.
- Qué derechos tiene sobre el acceso a su HI.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

En este aviso, “información de salud” (HI) se refiere a la información relacionada con su salud o sus servicios de atención médica que se puede usar para identificarlo. Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, le enviaremos un aviso por correo o por correo electrónico, si la ley lo permite. Si mantenemos un sitio web para su plan de salud, también publicaremos el nuevo aviso en ese sitio UHCommunityPlan.com. Tenemos el derecho a hacer que los cambios se apliquen a la HI que tengamos y a la información que recibamos en el futuro. Cumpliremos con la ley y le proporcionaremos una notificación de una violación de su HI.

Recopilamos y mantenemos su HI para que podamos llevar nuestro negocio. HI puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su HI a nuestros empleados y proveedores de servicios que manejan su cobertura y proveen servicios. Tenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento por las normas federales para proteger su HI.

Cómo usamos o compartimos su información.

Tenemos que usar y compartir su HI con:

- Usted o su representante legal.
- El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services).

Otros detalles del plan

Tenemos derecho a utilizar y compartir su HI para ciertos propósitos. Esto debe ser para su tratamiento, para el pago de su atención y para nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podríamos usar y compartir su HI:

- **Para pagos.** Podemos usar o compartir su HI para procesar los pagos de primas y reclamaciones. Esto también puede incluir la coordinación de beneficios. Por ejemplo, podemos decirle a su médico si usted es elegible para la cobertura y cuánto de la factura podría estar cubierto.
- **Para tratamiento o manejo de la atención.** Podríamos compartir su HI con proveedores para ayudarles a que le brinden atención.
- **Para operaciones de atención médica relacionadas con su atención.** Podríamos recomendar un programa de manejo de enfermedades o de bienestar. Podríamos estudiar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios.
- **Para informarle sobre programas o productos de salud.** Podríamos decirle sobre otros tratamientos, productos o servicios. Estas actividades podrían estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podríamos proporcionar información sobre las inscripciones y cancelaciones de inscripción y un resumen de HI al patrocinador de su plan de empleadores. Podríamos proporcionarles otra HI si acceden en limitar su uso de acuerdo con las leyes federales.
- **Por razones de respaldo.** Podemos usar su HI para tomar decisiones de respaldo, pero no utilizaremos su HI genética para fines de respaldo.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos utilizar su HI para enviarle información sobre sus beneficios de salud o sus cuidados y recordatorios para citas con el doctor.

Podríamos usar o compartir su HI de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas relacionadas con su atención.** Podría tratarse de algún familiar suyo. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Por ejemplo, en casos de emergencia o si usted acepta o no objeta cuando se le pregunta. Si no puede objetar, usaremos nuestro mejor criterio. Si usted fallece, podemos compartir HI con familiares o amigos que ayudaron con su atención médica antes de su muerte a menos que hacerlo iría en contra de los deseos que había compartido con nosotros antes de su muerte.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para informar sobre maltratos, abandono o violencia doméstica.** Podremos compartirla con entidades autorizadas por la ley para recibir esta HI. Podría tratarse de una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia que cuente con el permiso legal para obtener la HI. Esto podría ser en el caso de investigaciones sobre licencias, auditorías, fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para aplicar la ley.** Para encontrar una persona desaparecida o denunciar un delito.

- **Para prevenir 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.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso de las fuerzas armadas o de los servicios a veteranos de guerra, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para compensación de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar una enfermedad o discapacidad, según lo permita la ley.
- **Para proporcionar información sobre defunciones.** Podría ser para el médico forense o para el examinador médico. Para identificar a la persona fallecida, descubrir la causa de la muerte o según lo indique la ley. Podríamos proporcionar la HI a los directores de funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para instituciones penitenciarias o para las fuerzas del orden público.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles 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 servicios.** Nuestros socios están de acuerdo en proteger su HI. No se les permite usar la HI, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales podrían limitar el uso y la divulgación de HI altamente confidencial. Esto podría incluir leyes estatales sobre:
 1. VIH/SIDA.
 2. Salud mental.
 3. Pruebas genéticas.
 4. Abuso de alcohol y drogas.
 5. Enfermedades de transmisión sexual (STD) y salud reproductiva.
 6. Maltrato, agresión sexual o abandono de menores o adultos.

Si se aplican leyes más estrictas, aspiramos a cumplir esas leyes. Se adjunta un documento de “Enmiendas federales y estatales” que describe las leyes con más detalle.

Salvo lo que se indica en este aviso, solamente usaremos su HI con su consentimiento por escrito. Esto incluye obtener su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia acerca de usted, para vender su HI a otras personas, o para usar su HI para ciertos propósitos promocionales. Si nos permite que compartamos su HI, no le prometemos que el receptor no la compartirá. Puede retirar su consentimiento, a menos que ya hayamos actuado de acuerdo con tal consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Otros detalles del plan

Sus derechos.

Tiene derecho a:

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información relacionada con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas involucradas en su atención médica o en el pago de dicha atención. Podríamos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Solicitar comunicaciones confidenciales** en una forma o lugar distintos. (Por ejemplo, en un apartado postal, no en su casa). Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerse por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo.
- **Para ver u obtener una copia** de la HI que usamos para tomar decisiones con respecto a usted. Deberá hacer la solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo. Si mantenemos registros electrónicos, tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia electrónica a usted o 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 su HI está equivocada o incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá hacer la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, podría agregar su desacuerdo a su HI.
- **Recibir una lista** de su HI compartida durante los seis años previos a su solicitud. Esto no incluirá ninguna HI compartida: (i) para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o del orden público. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia en cualquier momento. Incluso si acepta recibir este aviso por medios electrónicos, tiene derecho a recibir una copia impresa. Si mantenemos un sitio web para su plan de salud, podría obtener una copia en nuestro sitio web: UHCommunityPlan.com.

Usando sus derechos.

- **Para contactar a su plan de salud. Llame al número de teléfono en su tarjeta de ID.** O puede contactar al Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-888-887-9003** o **TTY: 711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo a:
UnitedHealthcare Government Programs 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.** No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una reclamación.

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

Vigente a partir del 1º. de enero de 2016.

Protegemos² su “información financiera personal” (financial information, FI). Esto representa la información no relacionada con la salud sobre una persona con cobertura médica o sobre una persona que solicite la cobertura. Se trata de información que identifica a la persona y que por lo general no es pública.

Información que recopilamos.

Obtenemos FI sobre usted de:

- Solicitudes o formularios. Esto podría incluir nombre, dirección, edad y número de Seguro Social.
- Sus transacciones con nosotros o con otras empresas. Podría ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de la FI.

No compartimos FI de nuestros miembros ni de personas que hayan sido miembros, excepto cuando la ley lo requiera o lo permita.

A fin de realizar nuestras operaciones comerciales, es posible que compartamos FI con nuestras filiales sin su consentimiento. Esto sirve para informarles acerca de sus transacciones, como el pago de sus primas.

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras compañías de seguro y compañías no financieras; por ejemplo, las procesadoras de información.
- A otras compañías para nuestros propósitos comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a las citaciones judiciales y a las investigaciones legales.
- A otras compañías que prestan servicios para nosotros, que incluyen el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Confidencialidad y seguridad.

Limitamos el acceso a su FI a nuestros empleados y proveedores de servicios que administran su cobertura y proporcionan los servicios. Aplicamos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento, de acuerdo con normas federales, para proteger su FI.

Otros detalles del plan

Preguntas sobre este aviso.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor **llame al número de teléfono sin cobrar para miembros en su tarjeta de ID de su plan de salud** o contacte al Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-888-887-9003** o **TTY: 711**.

¹Este 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.; Health Plan of Nevada, Inc.; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United Healthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

²Para 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 de pie de página 1 en esta página de Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad, además de las filiales siguientes de UnitedHealthcare: Alere Women’s and Children’s Health, LLC; AmeriChoice Health Services, Inc.; Connexions HCI, LLC; Dental Benefit Providers, Inc.; HealthAllies, Inc.; LifePrint East, Inc.; Life Print Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; 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 Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo se aplica cuando la ley lo exija. Específicamente, no tiene vigencia 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.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD DE UNITEDHEALTH GROUP: ENMIENDAS ESTATALES Y FEDERALES.

Revisado: 1º. de enero de 2016.

La primera parte de este Aviso (páginas 66 a 71) indica cómo podemos usar y divulgar su información de salud (“HI”) según las normas federales de privacidad. Otras leyes podrían limitar estos derechos. Los cuadros siguientes:

1. Muestran las categorías que están sujetas a leyes más estrictas.
2. Le ofrecen un resumen de cuándo podemos usar y divulgar su HI sin su consentimiento.

Su consentimiento por escrito, si es necesario, debe cumplir con las reglas de las leyes federales o estatales que correspondan.

RESUMEN DE LAS LEYES FEDERALES

Información sobre abuso de alcohol y drogas

Podríamos usar y compartir información sobre alcohol y drogas protegida por las leyes federales únicamente (1) en casos limitados y/o compartir solamente (2) con ciertos receptores.

Información genética

No se nos permite usar la información genética para fines de aseguramiento.

RESUMEN DE LAS LEYES ESTATALES

Información de salud general

Estamos autorizados a compartir información de salud general únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, NE, PR, RI, VT, WA, WI
Una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) debe permitirles a los afiliados aprobar o rechazar la divulgación de información, con algunas excepciones.	KY
Usted puede limitar ciertas divulgaciones electrónicas de la información de salud.	NC, NV
No podremos utilizar su información de salud para ciertos propósitos.	CA, IA
No utilizaremos y/o revelaremos información relativa a ciertos programas de asistencia pública, excepto para ciertos propósitos.	KY, MO, NJ, SD
Debemos cumplir con las restricciones adicionales antes de usar o revelar su información de salud para ciertos propósitos.	KS

Otros detalles del plan

Recetas	
Podremos compartir la información sobre recetas únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	ID, NH, NV
Enfermedades contagiosas	
Podremos compartir información sobre enfermedades contagiosas únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva	
Estamos autorizados a compartir información sobre las enfermedades de transmisión sexual y/o salud reproductiva únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
Abuso de alcohol y drogas	
Podremos usar y compartir información sobre el abuso de alcohol y drogas únicamente (1) en casos limitados y/o compartir solamente con (2) recipientes específicos.	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
La divulgación de la información sobre el abuso de alcohol y drogas podrá ser limitada por la persona que es sujeto de dicha información.	WA
Información genética	
No podremos divulgar información genética sin su consentimiento por escrito.	CA, CO, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
Podremos compartir la información genética únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AK, AZ, FL, GA, IA, IL, MD, MA, ME, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
Se aplican restricciones a (1) el uso, y/o (2) el mantenimiento de la información genética.	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT

VIH / SIDA	
Podremos compartir la información relacionada con el VIH/SIDA (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AZ, AR, CA, CT, DE, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, ME, MI, MO, MT, NY, NC, NH, NM, NV, OR, PA, PR, RI, TX, VT, WV, WA, WI, WY
Se aplican algunos límites para la divulgación oral de información relacionada con el VIH/SIDA.	CT, FL
Recabamos cierta información sobre VIH/SIDA sólo con su consentimiento por escrito.	OR
Salud mental	
Podremos compartir información sobre salud mental únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
La divulgación de la información podrá ser limitada por la persona que es el sujeto de dicha información.	WA
Se aplican ciertas restricciones para la divulgación oral de información sobre la salud mental.	CT
Se aplican ciertas restricciones al uso de información sobre salud mental.	ME
Abuso de menores o de adultos	
Podremos usar y compartir información sobre abuso de menores y/o adultos únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AL, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, NY, RI, TN, TX, UT, WI

Nosotros estamos aquí para servirle.

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicio para Miembros al **1-888-887-9003, TDD/TTY: 711**, para personas 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 800
Sugar Land, TX 77478

UHCCommunityPlan.com

1-888-887-9003, TDD/TTY: 711,
para personas con problemas de audición
8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes

