UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) Guía para Miembros

Entra en vigencia el 1 de enero de 2022

Llamada gratuita **1-877-542-9236**, TTY **711**
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes
(correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

www.UHCCommunityPlan.com
www.myuhc.com/CommunityPlan

United Healthcare Community Plan

MyCareOhio
Connecting Medicare + Medicaid

Números de teléfono importantes

Servicio al Cliente De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)	**1-877-542-9236** TTY **711**
24/7 NurseLine℠ (línea de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)	**1-800-542-8630** TTY **711**
Programa Healthy First Steps (para futuras mamás)	**1-800-599-5985**
Administración del Cuidado de la Salud De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes; pida que le transfieran al Dpto. de Adm. del Cuidado de la Salud. Después de ese horario, llame a nuestra NurseLine.	**1-877-542-9236**
Línea Directa para Denunciar Fraude y Abuso	
UnitedHealthcare	**1-877-766-3844**
Departamento de Seguros de Ohio	**1-800-686-1527** **1-614-644-2671**
Preguntas sobre Farmacias	**1-877-542-9236**
Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid	**1-800-324-8680** TTY **711** http://www.ohiomh.com

Sitio web para miembros

www.UHCCommunityPlan.com

Sus proveedores de servicios de salud

Nombre:	Teléfono:
Nombre:	Teléfono:
Sala de emergencias:	Teléfono:
Farmacia:	Teléfono:

NurseLine℠ es una marca de servicio de UnitedHealth Group, Inc.

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Ohio Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.

Índice

BIENVENIDO . . . 1
¿QUIÉNES CUMPLEN LOS REQUISITOS PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MYCARE OHIO? . . . 1
INFORMACIÓN PARA MIEMBROS NUEVOS . . . 2
SERVICIO AL CLIENTE . . . 3
TARJETAS DE ID . . . 4
PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO . . . 5
PROVEEDORES DE LA RED . . . 7
ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD . . . 11
SERVICIOS CUBIERTOS POR UNITEDHEALTHCARE CONNECTED® FOR MYCARE OHIO (PLAN MEDICARE-MEDICAID) . . . 12
SERVICIOS QUE NO CUBRE UNITEDHEALTHCARE CONNECTED® FOR MYCARE OHIO (PLAN MEDICARE-MEDICAID) . . . 17
SERVICIOS QUE NO CUBRE UNITEDHEALTHCARE CONNECTED® FOR MYCARE OHIO (PLAN MEDICARE-MEDICAID) A MENOS QUE SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS . . . 18
LIMITACIONES DE FRECUENCIA . . . 19
SERVICIOS PARA LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO . . . 19
SERVICIOS DEL PROGRAMA DE EXENCIÓN . . . 19
APOYOS Y SERVICIOS PARA EL CUIDADO A LARGO PLAZO O EN CENTROS DE ENFERMERÍA . . . 20
MEDICAMENTOS CON RECETA – SIN COBERTURA DE LA PARTE D DE MEDICARE . . . 20
HEALTHCHEK (EXÁMENES PREVENTIVOS PARA NIÑOS) . . . 21
SERVICIOS PARA EMERGENCIAS . . . 23
TELESALUD . . . 23
BENEFICIOS O SERVICIOS ADICIONALES . . . 23
DERECHOS DEL MIEMBRO . . . 24
RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO . . . 27
CÓMO INFORMAR A UNITEDHEALTHCARE CONNECTED® FOR MYCARE OHIO (PLAN MEDICARE-MEDICAID) QUE USTED NO ESTÁ CONFORME O DE ACUERDO CON UNA DECISIÓN QUE TOMAMOS — APELACIONES Y QUEJAS FORMALES . . . 28
AUDIENCIAS ESTATALES . . . 29
ENFERMEDAD O LESIÓN ACCIDENTAL (SUBROGACIÓN) . . . 30
OTRO SEGURO DE SALUD (COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS — [COB]) . . . 30
AVISO DE PÉRDIDA DEL SEGURO (CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE) . . . 31
CÓMO PODRÍA DEJAR DE CUMPLIR LOS REQUISITOS DE MEDICAID . . . 31
RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA MEMBRESÍA DEL PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO MYCARE OHIO . . . 31
CÓMO TERMINAR SU MEMBRESÍA EN EL PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO MYCARE OHIO . . . 31
INFORMACIÓN Y RECURSOS ADICIONALES . . . 34
LÍNEA DIRECTA PARA DENUNCIAR FRAUDE Y ABUSO . . . 38
INSTRUCCIONES POR ANTICIPADO . . . 38
TÉRMINOS IMPORTANTES . . . 42
AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD . . . 44

Esta página se dejó en blanco de manera intencional

BIENVENIDO

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak English, language services, free of charge, are available to you. Call 1-877-542-9236 (TTY 711), 8 a.m. – 8 p.m. local time, Monday – Friday. The call is free.

Podemos explicarle esta información en inglés o en su lengua materna. Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letras grandes, braille o audio. Llame al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

Bienvenido a UnitedHealthcare® Connected for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) de UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc. Ahora usted es miembro de un plan de cuidado de la salud MyCare Ohio, también conocido como plan de cuidado administrado MyCare Ohio (MyCare Ohio managed care plan, MCOP). Un plan de cuidado administrado MyCare Ohio es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con administradores de cuidado de la salud y equipos de cuidado de la salud para ayudarle a manejar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesita. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) presta servicios para el cuidado de la salud a residentes de Ohio que cumplen los requisitos.

Si tiene algún problema para leer o comprender esta o cualquier otra información de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid), comuníquese con Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) para obtener ayuda sin costo.

¿QUIÉNES CUMPLEN LOS REQUISITOS PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MYCARE OHIO?

Usted cumple los requisitos para ser miembro de nuestro plan MyCare Ohio siempre y cuando:

- Viva en nuestra área de servicio; **y**
- Tenga las Partes A, B y D de Medicare; **y**
- Tenga la cobertura completa de Medicaid; **y**
- Sea mayor de 18 años en el momento de la inscripción.

Usted no cumple los requisitos para inscribirse en un plan MyCare Ohio si:

- No tiene los beneficios completos de Medicaid y de las Partes A, B y D de Medicare;
- Es menor de 18 años;
- Está inscrito en un Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE);
- Tiene cualquier seguro médico privado, incluidos los beneficios para jubilados, que no sean de un plan Medicare Advantage; o

- Tiene discapacidades intelectuales u otras relacionadas con el desarrollo y recibe servicios a través de un Programa de Exención o un Centro de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades Intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF-IID)

Además, usted tiene la opción de no ser miembro de un plan MyCare Ohio si:

- es miembro de una tribu indígena reconocida por el gobierno federal, independientemente de su edad.
- es una persona que recibe servicios a domicilio y en la comunidad del Programa de Exención a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio.

Si usted cree que cumple alguno de los criterios anteriores y no debería ser inscrito, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) está disponible únicamente para las personas que viven en nuestra área de servicio, que incluye los condados de Columbiana, Cuyahoga, Geauga, Lake, Lorain, Mahoning, Medina, Portage, Stark, Summit, Trumbull y Wayne. Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan. Si usted se muda, infórmelo a la oficina del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS) y a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS NUEVOS

Esta guía describe su cobertura de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Explica cómo recibir los servicios para el cuidado de la salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos con receta, los servicios a domicilio y en la comunidad del Programa de Exención, también llamados apoyos y servicios para el cuidado a largo plazo. Los apoyos y servicios a largo plazo le ayudan a permanecer en su domicilio en vez de ir a un asilo de convalecencia o un hospital. Usted también encontrará información adicional, como: los proveedores que puede usar para recibir cuidado (también conocidos como proveedores de la red), los derechos del miembro, los beneficios adicionales y las medidas que usted puede tomar si no está conforme o de acuerdo con algo.

Para solicitar un Directorio de Proveedores impreso, puede llamar a Servicio al Cliente o devolver la postal que recibió con su carta para miembros nuevos y tarjeta de ID de miembro. El Directorio de Proveedores es una lista de todos los proveedores de nuestro panel, así como de otros proveedores fuera del panel que usted puede usar para recibir servicios. Usted también puede visitar nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com para ver información actualizada sobre el panel de proveedores o llamar a Servicio al Cliente para obtener ayuda al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Los proveedores del panel son proveedores contratados del plan de cuidado administrado MyCare Ohio disponibles para la membresía general de este plan. Los proveedores fuera del panel son proveedores no contratados disponibles para la membresía general del plan de cuidado administrado MyCare Ohio.

Si bien UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) está aprobado por el gobierno estatal y federal para prestarle servicios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid, usted eligió, o fue asignado para, recibir de nuestro plan únicamente los servicios cubiertos por Medicaid. Si desea recibir sus servicios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid de parte de su plan de cuidado administrado MyCare Ohio, consulte la página 1 en la sección: Quiénes Cumplen los Requisitos para Inscribirse en un Plan MyCare Ohio para obtener más información.

SERVICIO AL CLIENTE

Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Puede dejar un correo de voz las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Responderemos a todos los correos de voz en un plazo no mayor de 24 horas hábiles.

El Servicio al Cliente puede ayudarle con lo siguiente: búsqueda de proveedores, preguntas sobre beneficios, cómo acceder a los servicios y al cuidado especializado, cómo pedir nuevas tarjetas de ID, ayuda para comprender sus beneficios de Medicare o de Medicaid, preautorizaciones (preaprobaciones), cómo presentar una queja, incluso una por discriminación, o cómo presentar una apelación o una apelación rápida, cómo cambiar de proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP), ayuda para comprender esta Guía para Miembros, los copagos por medicamentos con receta, ayuda en otros idiomas, etc.

Para mantener su registro de membresía actualizado, avísenos cuando cambie su información. Las farmacias y los proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted porque **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos recibe usted** y cuánto le costarán. Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber si se identifica con alguna de estas situaciones:

- Si teme por su seguridad
- Si hay algún cambio en su nombre, dirección o número de teléfono
- Si tiene otra cobertura de seguro de salud, como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge o del Seguro de Accidentes Laborales
- Si tiene reclamos por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de automóvil
- Si es admitido en un centro de enfermería o un hospital
- Si recibe cuidado en una sala de emergencias o en un hospital fuera del área de servicio o fuera de la red
- Si hay algún cambio en quién es su cuidador (o cualquier otra persona responsable de usted)
- Si queda embarazada

Si hay algún cambio en la información, llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) para avisarnos.

También puede escribirnos:

Member Services
UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio
5900 Parkwood Place
Dublin, OH 43016

Visite nuestro sitio web (**www.UHCCommunityPlan.com**), que incluye información actualizada sobre los miembros, información educativa sobre la salud, lista de proveedores y mucho más.

Ayuda en Otros Idiomas

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Si tiene problemas para leer o comprender esta o cualquier otra información de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid), comuníquese con Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) para obtener ayuda sin costo. Podemos explicarle esta información en inglés o en su lengua materna. Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letras grandes, braille o audio. Llame al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

Los miembros con limitaciones auditivas deben llamar al 711, que es un Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (Telecommunications Relay Service, TRS) gratuito que permite a las personas con discapacidades de la audición o del habla hacer y recibir llamadas telefónicas. Pida que le comuniquen con UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) y deles el número de Servicio al Cliente 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Si es necesario, la información y los documentos para miembros pueden estar disponibles en otro idioma, en letras grandes, en braille y en grabaciones de audio. También hay intérpretes disponibles para miembros con limitaciones auditivas o visuales. Si necesita esta información en braille o en letras grandes, llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

TARJETAS DE ID

Debería haber recibido una tarjeta de ID de membresía de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Cada uno de sus familiares que se haya inscrito en UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) recibirá su propia tarjeta. Estas tarjetas reemplazan su tarjeta mensual de Medicaid. Cada tarjeta tiene validez mientras sea miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). No recibirá una nueva tarjeta todos los meses como ocurría con la tarjeta de Medicaid.

SIEMPRE LLEVE SUS TARJETAS DE ID CON USTED

Cuando reciba servicios médicos o medicamentos con receta, deberá mostrar su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio y su tarjeta de ID de Medicare. Esto significa que usted necesita su tarjeta de ID de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) cuando:

- consulta a su proveedor de cuidado primario (PCP)
- consulta a un especialista o a otro proveedor
- va a una sala de emergencias
- va a un centro de cuidado de urgencia
- va a un hospital por cualquier motivo
- va a una farmacia
- va a laboratorios o proveedores de imágenes
- va a centros de enfermería
- recibe servicios del Programa de Exención o comienza con un nuevo proveedor de servicios del Programa de Exención
- recibe suministros médicos
- recibe una receta
- se realiza pruebas médicas

Llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) lo antes posible al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) si:

- no ha recibido sus tarjetas todavía
- algún dato de las tarjetas es incorrecto
- su tarjeta se daña, se pierde o se la roban
- usted tiene un bebé

PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO

Usted puede seguir recibiendo servicios de Medicare de parte de sus médicos y de otros proveedores de Medicare. También le pedirán que elija un proveedor de cuidado primario (PCP).

Su proveedor de cuidado primario será su primer punto de contacto para todas sus necesidades de salud y colaborará con usted para dirigir el cuidado de su salud. Su proveedor de cuidado primario colaborará con su administrador de cuidado de la salud de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio para coordinar sus servicios de salud y para el cuidado a largo plazo. Si es necesario, su proveedor de cuidado primario le enviará a otros médicos (especialistas) o hará que se le admita en el hospital.

- Es importante que se comunique con su proveedor de cuidado primario antes de ir a un especialista o después de haber hecho una visita a un departamento de cuidado de urgencia o de emergencias. Esto le permite a su proveedor de cuidado primario administrar su cuidado para obtener los mejores resultados.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

Si cambia su proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, es importante que se comunique con el Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio para asegurarse de que se coordinen sus servicios de salud y para el cuidado a largo plazo.

Si usted ya no consulta al proveedor de cuidado primario que aparece en su tarjeta de ID, UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) le enviará una nueva tarjeta de ID.

Si necesita ayuda para buscar un proveedor de cuidado primario o desea conocer los nombres de los proveedores de cuidado primario de nuestra red, puede buscar en su Directorio de Proveedores. Para obtener una copia impresa, visite nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com o llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Conozca a su Proveedor de Cuidado Primario – ¡Es Hora de una Visita de Bienestar!

Es importante que todos los miembros de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) hagan visitas periódicas de bienestar. De esta manera, su proveedor de cuidado primario puede ayudarle a llevar una vida más saludable. Consulte a su proveedor de cuidado primario en cuanto se haga miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). No espere hasta enfermarse. No olvide llevar consigo todas sus tarjetas de ID del seguro.

Algunas preguntas que puede hacer:

- ¿Cuál es el horario de atención del consultorio?
- ¿Qué debo hacer si necesito cuidado por la noche o durante un fin de semana?
- ¿Quién atiende las llamadas si el consultorio está cerrado?
- ¿Necesita mi aprobación para obtener mis registros de otro consultorio?
- ¿Es hora de que me haga algún análisis o examen médico?

Es importante que conozca a todo el personal del consultorio de su proveedor de cuidado primario. Le ayudarán con consejos médicos y mucho más. Si desea hablar con alguien del consultorio, es mejor que llame durante el horario de atención normal.

Obtenga más información sobre los médicos de la red.

Para obtener información sobre los médicos de la red, visite **www.UHCCommunityPlan.com** o llame a Servicio al Cliente. Podemos darle la siguiente información:

- Nombre, dirección, números de teléfono.
- Títulos profesionales.
- Especialidad.
- Facultad de Medicina a la que asistieron.
- Residencia terminada.

- Estado de certificación de la Junta Médica.
- Idiomas hablados.

¿Qué es un Centro Médico Principal?

Si usted visita siempre al mismo proveedor o consultorio médico, dicho proveedor es su centro médico principal.

¿Por qué me Conviene Tener un Centro Médico Principal?

Hay muchos motivos para que usted y su familia tengan un centro médico principal.

- Este centro ya tendrá sus registros médicos. Esto le permite al médico atenderle más rápido.
- Sabrá qué vacunas, enfermedades y recetas ha tenido usted y qué le da más resultado.
- Sabrá cuáles son sus alergias y otros problemas de salud.
- Sabrá cuál es el comportamiento y el estado de salud normal para usted.
- Podrá responder sus preguntas sobre un tratamiento previo.

¿Cuánto Tiempo Debería Esperar para que me Den una Cita con un Proveedor de Cuidado Primario?

A continuación encontrará algunas pautas generales sobre cuánto tiempo lleva conseguir una cita con su proveedor de cuidado primario.

Citas de emergencia: Inmediatamente o al recibir una referencia a un centro de emergencia

Citas de urgencia (pero no de emergencia): En un plazo no mayor de 24 horas

Citas de rutina por la presencia de síntomas: En un plazo no mayor de 48 horas

Citas de rutina sin la presencia de síntomas: En un plazo no mayor de 6 semanas

Citas preventivas y periódicas para niños: En un plazo no mayor de 6 semanas

PROVEEDORES DE LA RED

Es importante comprender que los miembros deben recibir servicios de Medicaid en centros o de parte de proveedores que se encuentren dentro de la red de proveedores de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan de salud y ha aceptado nuestro pago como pago total.

Los proveedores de la red incluyen, entre otros: centros de enfermería, agencias de asistencia médica a domicilio, proveedores de equipos médicos, así como otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicaid. La única vez en que usted puede usar proveedores que no estén dentro de la red es para recibir servicios que paga Medicare O de un proveedor fuera de la red de servicios de Medicaid que UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) le haya aprobado consultar durante o después de su período de transición del cuidado de la salud.

- Durante un período especificado después de su inscripción en el programa MyCare Ohio, podemos permitirle recibir cuidado de un proveedor que no sea un proveedor del panel de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) (proveedor fuera de la red). Además, podemos permitirle seguir recibiendo servicios que fueron autorizados por Ohio Medicaid. Esto se llama su período de transición del cuidado de la salud. Tenga en cuenta que el período de transición comienza el primer día de su fecha de vigencia en **cualquier** plan MyCare Ohio. Si cambia su plan MyCare Ohio, no se reiniciará su período de transición para la cobertura de un proveedor fuera de la red. La **Carta para Miembros Nuevos** incluida en esta guía tiene más información sobre los proveedores, servicios y períodos de transición. Si actualmente usted consulta a un proveedor que no está dentro de nuestra red o si ya tiene servicios aprobados o programados, es importante que llame a Servicio al Cliente inmediatamente (hoy o en cuanto sea posible) para que podamos hacer los arreglos necesarios para los servicios y evitar cualquier problema de facturación.

Para solicitar un Directorio de Proveedores, devuelva la tarjeta postal adjunta, o bien, para saber qué proveedores son parte de nuestra red, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) o visitar nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com. También puede comunicarse con la Línea Directa de Medicaid al 1-800-324-8680, los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1, o visitar el sitio web de la Línea Directa de Medicaid en www.ohiomh.com. Para solicitar un **Directorio de Proveedores y Farmacias** impreso en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). Tanto el Servicio al Cliente como el sitio web cuentan con la información más actualizada de los cambios en nuestra red de proveedores.

Cuidado Fuera del Horario de Atención o Durante un Viaje Fuera del Área de Servicio de UnitedHealthcare

A veces, es posible que necesite a su proveedor de cuidado primario cuando el consultorio está cerrado o mientras usted está de viaje fuera del área de servicio de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Si necesita cuidado de urgencia o que no es de emergencia, llame al consultorio de su proveedor de cuidado primario. Recibirá instrucciones para recibir cuidado. Hay alguien para ayudarle las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si su proveedor de cuidado primario le dice que vaya a la sala de emergencias más cercana, llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) en un plazo no mayor de 24 horas o en cuanto sea posible.

También puede llamar a los servicios de NurseLine de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Las enfermeras de NurseLine están disponibles para responder sus preguntas relacionadas con la salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame a NurseLine al 1-800-542-8630 (TTY 711).

Preautorización

La preautorización es la aprobación que UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) debe dar para los servicios cubiertos por Medicaid. Su médico debe llamar al Departamento de Administración de la Utilización (Utilization Management, UM) al 1-800-366-7304 antes de que usted reciba un servicio o se le realice un procedimiento que requiera aprobación según se indica en esta guía. El equipo de nuestro Departamento de Administración de la Utilización está disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Hay personal disponible de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana para aprobaciones de emergencia.

Si tiene preguntas sobre las decisiones o los procesos del Departamento de Administración de la Utilización, llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Consentimiento Informado

Consentimiento significa que usted "acepta" el tratamiento médico. Consentimiento informado significa que le explicaron el tratamiento y que usted lo comprende.

- Usted acepta antes de recibir cualquier tratamiento.
- A veces, es posible que usted deba aceptar por escrito.
- Si no desea recibir el tratamiento médico, su proveedor de cuidado primario hablará con usted y le explicará sus otras opciones.
- Usted tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento.

No Tiene Cobertura Médica (Excepto si se Trata de Servicios para Emergencias) Fuera de los Estados Unidos

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) no cubrirá ningún servicio para el cuidado de la salud (excepto servicios para emergencias) que usted reciba mientras esté fuera del país.

Servicios para la Salud del Comportamiento

Si necesita servicios para la salud mental o el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). También puede buscar más proveedores de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) en nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com y en nuestro Directorio de Proveedores.

Servicios que No Requieren Referencia

Usted puede recibir algunos servicios sin que su proveedor de cuidado primario le dé una referencia o recomendación para que consulte a otro médico. Se les llama servicios que no requieren referencia. Primero consulte con su plan de Medicare, pero, entre los ejemplos de servicios que usted tal vez pueda recibir sin que su proveedor de cuidado primario le refiera a otro médico, se incluyen:

- Cuidado dental
- Cuidado de la vista
- Servicios para el cuidado médico preventivo y de rutina para la mujer prestados por un especialista en la salud de la mujer (obstetra, ginecólogo, enfermera partera certificada)
- Cuidado especializado (salvo quimioterapia y servicios de especialistas para el manejo del dolor)
- Cuidado de emergencia
- Servicios prestados por Proveedores de Planificación Familiar Calificados (Qualified Family Planning Providers, QFPP)
- Servicios para la salud mental y el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias

- Servicios prestados en Centros de Cuidado de la Salud que han sido Aprobados a Nivel Federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC) o Clínicas de Salud Rurales (Rural Health Clinics, RHC)
- Diálisis
- Radioterapia
- Mamografías

Usted debe consultar a un proveedor participante para recibir todos los servicios que no requieren referencia, excepto cuidado de emergencia o servicios prestados en Centros de Cuidado de la Salud que han sido Aprobados a Nivel Federal (FQHC) o Clínicas de Salud Rurales (RHC), Proveedores de Planificación Familiar Calificados (QFPP), centros comunitarios de salud mental certificados por el Departamento de Salud Mental de Ohio y centros de tratamiento certificados por el Departamento de Servicios para Adicciones de Alcohol y Drogas de Ohio que sean proveedores de Medicaid.

Los proveedores participantes serán los proveedores que se encuentren en su Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Su Directorio de Proveedores incluirá especialistas como oncólogos, ginecólogos, optometristas, dentistas y psicólogos. Si usted no encuentra a su proveedor en el Directorio, llame a Servicio al Cliente o visite www.UHCCommunityPlan.com para saber si su proveedor ahora acepta UnitedHealthcare Connected for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid).

Para asegurarse de recibir el mejor cuidado, infórmele a su proveedor de cuidado primario sobre cualquier visita a especialistas y otros proveedores que haya hecho por su cuenta, sin una referencia. De esta manera, su proveedor de cuidado primario puede ayudar a coordinar su cuidado de la salud. Si consulta a un proveedor que no sea parte de la red de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid), es posible que dichos servicios requieran una aprobación.

ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) ofrece servicios de administración del cuidado de la salud a todos los miembros. Cuando usted se inscriba por primera vez en nuestro plan, recibirá una evaluación de sus necesidades de cuidado de la salud en un plazo no mayor de 15 a 75 días después de la fecha de vigencia de su inscripción, según su estado de salud. Recibirá una llamada telefónica del Administrador de Cuidado de la Salud de su plan de salud para programar y realizar la evaluación integral en su domicilio.

El Administrador de Cuidado de la Salud es el director de su plan de tratamiento. El Administrador de Cuidado de la Salud ayuda a evaluar sus necesidades y problemas de salud y colabora con su equipo de cuidado de la salud para definir un plan de cuidado que satisfaga sus necesidades.

Si desea saber quién es su administrador de cuidado de la salud, llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711). Le darán la información de contacto de su administrador de cuidado de la salud y también le informarán a su administrador de cuidado de la salud que usted está tratando de ponerse en contacto con él. Usted también puede hacer cualquier otra pregunta sobre la administración del cuidado de la salud.

Nuestra meta es identificar al administrador de cuidado de la salud que satisfaga mejor sus necesidades, pero si usted desea cambiar de Administrador de Cuidado de la Salud, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

El Equipo de Administración del Cuidado de la Salud.

Se le asignará un Administrador de Cuidado de la Salud personal. Su proveedor de cuidado primario forma parte del equipo básico.

Nuestra meta es usar un enfoque centrado en la persona para evaluar y desarrollar un plan de cuidado de manera conjunta con usted, su familia y sus cuidadores. Juntos, los integrantes de su Equipo de Administración del Cuidado de la Salud desarrollan el plan adecuado para satisfacer sus necesidades.

Llegaremos a conocer sus necesidades a través de una revisión de su información de salud actual. Recibirá una llamada de bienvenida del Equipo de Cuidado de la Salud Integrado para verificar que ha recibido el material de bienvenida e identificar cualquier necesidad inmediata de cuidado de la salud.

Identificaremos lo que usted necesita para mantener su salud, y sentirse lo mejor posible, por ejemplo: ¿qué tipos de medicamentos necesita hoy o necesitará en el futuro? ¿Tiene alguna necesidad médica que haya planificado o recomendado su médico?

Todo gira alrededor de sus necesidades de cuidado de la salud.

Cómo funciona:

- Repasaremos su historial médico y nos aseguraremos de que tengamos todo listo.
- Crearemos un plan de cuidado personalizado según sus necesidades individuales.
- Coordinaremos con familiares, cuidadores y proveedores de cuidado de la salud.
- Le ayudaremos a verificar que reciba los servicios que necesite.

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) ofrece un sistema armonioso de cuidado para nuestros miembros y proveedores que combina la prestación de servicios de Medicare y Medicaid a través de modelos coordinados o integrados contractualmente.

Nuestra meta es servir a nuestros miembros a través de un programa integral e integrado de administración del cuidado de la salud que apoye la decisión de las personas de vivir en el lugar menos restrictivo posible, mantener la independencia y prevenir el deterioro funcional.

Dado que sus necesidades de cuidado de la salud pueden cambiar de vez en cuando, su administrador de cuidado de la salud será responsable de compartir esos cambios con el equipo de cuidado de la salud que se dedica a asistirle. Desde luego, siempre se tiene en cuenta su opinión y permiso a la hora de compartir el plan de cuidado. A fin de proporcionarle el mejor cuidado, su equipo de cuidado de la salud debe saber cuál es su plan de cuidado más actualizado, que puede incluir exámenes, procedimientos y visitas a especialistas. El administrador de cuidado de la salud hará un seguimiento de sus medicamentos, ya que estos también pueden cambiar de vez en cuando. Es importante que usted y su equipo de cuidado de la salud conozcan los cambios en sus medicamentos.

Nuestro programa de administración del cuidado de la salud:

- Realizará evaluaciones funcionales o sociales, médicas o del comportamiento, determinaciones de riesgos, y desarrollará e implementará planes de servicio o cuidado basados en las necesidades y centrados en el miembro
- Integrará la coordinación de la transición en el cuidado de casos agudos, la administración del cuidado complejo, el apoyo para enfermedades crónicas, el cuidado a largo plazo, el cuidado de la salud del comportamiento y el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, así como la coordinación de los servicios con múltiples pagadores en **un solo programa holístico**
- Involucrará a grupos de apoyo, servicios y otras partes que tienen que ver con el cuidado y que están disponibles en la comunidad
- Trabajará con el centro médico o de salud principal, el centro de salud principal de Medicaid y el proveedor de cuidado primario del miembro
- Usará los registros electrónicos de los miembros para hacer un seguimiento del estado de salud y los resultados con el transcurso del tiempo

Nuestro Personal Care Model™ se ocupa de los miembros que tienen problemas graves de salud o condiciones crónicas. Deseamos que nuestros miembros disfruten del máximo nivel de calidad de vida.

SERVICIOS CUBIERTOS POR UNITEDHEALTHCARE CONNECTED® FOR MYCARE OHIO (PLAN MEDICARE-MEDICAID)

Medicaid ayuda con los costos médicos de ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Ohio Medicaid paga las primas de Medicare de ciertas personas, y también es posible que pague los deducibles, coseguros y copagos de Medicare, excepto los de medicamentos con receta. Medicaid cubre los servicios para el cuidado a largo plazo, como los servicios del Programa de “Exención” de Servicios a Domicilio y en la Comunidad, además de los servicios en vivienda asistida y cuidado a largo plazo en asilos de convalecencia. También cubre servicios dentales y para la vista. Dado que usted eligió, o fue asignado para, recibir de nuestro plan únicamente los servicios cubiertos

por Medicaid, Medicare será el pagador primario para la mayoría de los servicios. Usted puede elegir recibir sus beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) para que todos sus servicios se puedan coordinar. Para obtener más información sobre cómo puede hacer esta elección, consulte la página 1 (Quiénes Cumplen los Requisitos para Inscribirse en un Plan MyCare Ohio).

Si debe viajar a 30 millas o más de distancia de su domicilio para recibir servicios para el cuidado de la salud cubiertos, UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) proporcionará el transporte desde y hasta el consultorio del proveedor. Estos servicios deben ser médicamente necesarios y no deben estar disponibles en su área de servicio. Usted también debe tener una cita programada (excepto en el caso de cuidado de urgencia o de emergencia). Para obtener ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día/los 7 días de la semana) al menos 48 horas antes de su cita.

Además de la asistencia de transporte que proporciona UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid), los miembros pueden seguir recibiendo asistencia con el transporte para ciertos servicios a través del programa de Transporte que No Es de Emergencia (Non-Emergency Transportation, NET) del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado local. Si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios de este programa, llame al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado.

Si se determinó que usted cumple los requisitos y se inscribió en un Programa de Exención de Servicios a Domicilio y en la Comunidad, también tendrá a su disposición beneficios de transporte de dicho programa para satisfacer sus necesidades.

Como miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan de Medicare-Medicaid), usted seguirá recibiendo sin costo todos los servicios cubiertos por Medicaid que sean médicamente necesarios. Estos servicios pueden o no requerir una aprobación antes de que usted los reciba. Consulte los siguientes cuadros para determinar si sus beneficios requieren aprobación. Si recibe una factura por servicios cubiertos, comuníquese con Servicio al Cliente.

- Acupuntura — para el manejo del dolor de la migraña y del dolor lumbar
- Ambulancia y transporte en ambulancia
- Servicios para la Salud del Comportamiento (incluidos los servicios para la salud mental y el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias)
- Servicios quiroprácticos
- Servicios dentales
- Equipo Médico Duradero y suministros
- Servicios en Centros de Cuidado de la Salud que han sido Aprobados a Nivel Federal o Clínicas de Salud Rurales
- Servicios del Programa de Exención de Servicios a Domicilio y en la Comunidad
- Servicios de asistencia médica a domicilio
- Servicios en centros de enfermería
- Medicamentos con receta (ciertos medicamentos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare)

- Servicios de alivio
- Servicios para el habla y la audición, incluidos los aparatos auditivos
- Servicios para el cuidado de la vista (ópticos), incluidos los anteojos

Servicios que NO Requieren aprobación

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) le recomienda que colabore con su proveedor de cuidado primario para ayudar a coordinar el acceso a estos servicios. Sin embargo, no es necesario que consulte a su proveedor de cuidado primario antes de recibir estos servicios. Asegúrese de mostrar ambas tarjetas de ID: la de Medicare y la de MyCare Ohio cuando reciba cualquier servicio.

SERVICIO	COBERTURA
Servicios dentales	Examen bucal y limpieza cubiertos una vez cada seis meses para miembros menores de 21 años. Examen bucal y limpieza cubiertos una vez por año para miembros mayores de 21 años. Algunos servicios dentales que no son de rutina pueden requerir una aprobación.
Exámenes de la vista, servicios para la vista (ópticos) de rutina, incluidos los anteojos*	Un examen de la vista completo, marco completo y par de lentes (lentes de contacto, si son médicamente necesarios) están cubiertos una vez por año para miembros de hasta 20 años y mayores de 60 años, y una vez cada 2 años para miembros de 21 a 59 años.
Servicios y suministros para la planificación familiar	Con cobertura
Servicios prestados en una maternidad autónoma	Con cobertura – Para buscar una clínica calificada, llame a Servicio al Cliente
Servicios para la Salud del Comportamiento	Con cobertura
Examen médico requerido para obtener empleo o para participar en programas de capacitación laboral	Con cobertura si el examen no es ofrecido sin cargo por otra entidad.
Programas de Tratamiento Relacionado con Opiáceos (OTP)	La administración diaria y semanal de buprenorfina y los medicamentos a base de buprenorfina estarán disponibles para los Programas de Tratamiento Relacionado con Opiáceos certificados por el gobierno federal. La administración diaria y semanal de metadona estará disponible para los Programas de Tratamiento Relacionado con Opiáceos con licencia del gobierno estatal. Incluyen: naltrexona oral, naloxona inyectable/nasal.
Exámenes Preventivos Anuales para Adultos	Con cobertura cuando Medicare no los cubre.

SERVICIO	COBERTURA
Servicios de Transporte	Debe usar un proveedor dentro de la red designado. Puede ofrecer fichas o pases para autobús. Se requiere autorización para viajes de más de 60 millas (en una sola dirección), y se requerirá la preaprobación del personal del Plan de Salud. El reembolso por el millaje puede estar disponible con la documentación y la solicitud adecuadas. Los medios de transporte selectos para sitios relacionados con la salud aprobados por el plan incluyen: • Taxi • Servicios de Viajes Compartidos • Autobús/Metro • Camioneta • Transporte Médico Transporte adicional disponible para los tipos de viajes de cuidados críticos: diálisis, quimioterapia, radioterapia, cuidado de heridas, abuso de sustancias y embarazo. Nota: Además de la asistencia de transporte que proporciona UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, usted puede seguir recibiendo ayuda con el transporte para ciertos servicios a través del programa de Transporte que No Es de Emergencia (NET). Si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios de este programa, llame al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado local. Se limita a 30 viajes en una sola dirección cada año hacia un sitio relacionado con la salud aprobado por el plan. Si usted califica para los servicios del programa de exención, consulte el beneficio de transporte de dicho programa. Es necesario hacer reservas, y usted también debe tener una cita programada (excepto en caso de cuidado de urgencia/emergencia). Para recibir ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) al menos 48 horas antes de su cita.

Servicios que SÍ Requieren aprobación

Su médico debe llamar al Departamento de Administración de la Utilización de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) al 1-800-366-7304 para obtener una aprobación antes de que usted pueda recibir los siguientes servicios. Asegúrese de mostrar ambas tarjetas de ID: la de Medicare y la de MyCare Ohio cuando reciba cualquier servicio.

SERVICIO	COBERTURA
Servicios en Vivienda Asistida	Con cobertura
Servicios a Domicilio y en la Comunidad (del Programa de Exención)	Con cobertura
Cuidados paliativos en un centro de enfermería (cuidado para enfermos en fase terminal, p. ej., pacientes con cáncer)	Con cobertura
Servicios para enfermería privada y de asistencia médica a domicilio de Medicaid	Con cobertura
Apoyos y Servicios para el Cuidado a Largo Plazo y en centros de enfermería	Con cobertura
Servicios para la audición, incluidos los aparatos auditivos	Con cobertura
Servicios de alivio	Para miembros menores de 21 años y con necesidades de cuidado a largo plazo (LTC) o salud del comportamiento (BH) que están inscritos en el programa Seguridad de Ingreso Complementario (SSI), según lo aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el marco de la exención 1915(b) correspondiente y según lo descrito en la regla 5160-26-03 del Código Administrativo de Ohio (OAC)

Servicios que PODRÍAN Requerir aprobación

Según el nivel de cuidado necesario, los siguientes servicios podrían requerir una aprobación antes de que usted pueda recibirlos. Consulte a su proveedor de cuidado primario (PCP) o hable con su Administrador de Cuidado de la Salud. Asegúrese de mostrar ambas tarjetas de ID: la de Medicare y la de MyCare Ohio cuando reciba cualquier servicio.

SERVICIO	COBERTURA
Acupuntura	La cobertura se limita al manejo del dolor de las migrañas y el dolor lumbar. Límite de treinta (30) visitas sin preautorización. Con cobertura para todos los acupunturistas o proveedores de medicina oriental certificados por el estado o cualquier otro proveedor que tenga un certificado estatal en acupuntura.
Ambulancia y transporte en ambulancia	Con cobertura
Equipo Médico Duradero	Con cobertura
Medicamentos con Receta, incluidos ciertos medicamentos recetados, pero que se venden sin receta	Con cobertura Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos** que puede encontrar en nuestro sitio web **www.UHCCommunityPlan.com** y en la sección Medicamentos sin Cobertura de la Parte D de esta guía.
Servicios para niños con impedimentos médicos (Título V)	Con cobertura

Evaluación de nueva tecnología.

Aún no se ha comprobado la eficacia de algunas prácticas y tratamientos médicos. UnitedHealthcare Community Plan revisa los nuevos tratamientos, prácticas, pruebas y tecnologías a nivel nacional para tomar decisiones sobre nuevas prácticas y tratamientos médicos, y para qué condiciones se pueden usar. Esta información es revisada por un comité de UnitedHealthcare Community Plan formado por médicos, enfermeras, farmacéuticos y expertos invitados que toman la decisión definitiva sobre la cobertura. Si desea obtener más información sobre cómo tomamos decisiones sobre nuevas prácticas y tratamientos médicos, llámenos al **1-877-542-9236**, TTY **711**.

SERVICIOS QUE NO CUBRE UNITEDHEALTHCARE CONNECTED® FOR MYCARE OHIO (PLAN MEDICARE-MEDICAID)

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) no pagará servicios ni suministros recibidos que no estén cubiertos por Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto o no, llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) no pagará los siguientes servicios que no estén cubiertos por Medicaid:

- Todos los servicios o suministros que no sean médicamente necesarios
- Exámenes de paternidad
- Servicios para hallar la causa de muerte (autopsia) o servicios relacionados con estudios forenses
- Servicios para el suicidio asistido, definidos como servicios para provocar, o ayudar a provocar, la muerte de una persona

SERVICIOS QUE NO CUBRE UNITEDHEALTHCARE CONNECTED® FOR MYCARE OHIO (PLAN MEDICARE-MEDICAID) A MENOS QUE SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) revisará las reglas del Código Administrativo de Ohio correspondientes (p. ej., 5160-1-61) y realizará una revisión de necesidad médica si corresponde. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto o no, llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) no pagará los siguientes servicios que no estén cubiertos por Medicaid, **a menos que se determine que son médicamente necesarios**:

- Abortos, excepto en el caso de una denuncia de violación o incesto, o para salvar la vida de la madre
- Servicios de biorretroalimentación
- Servicios y procedimientos experimentales, incluidos los medicamentos y equipos, que no estén cubiertos por Medicaid y no estén de acuerdo con los estándares convencionales del ejercicio de la medicina
- Servicios para el tratamiento de la infertilidad para hombres o mujeres, incluida la reversión de esterilizaciones voluntarias
- Tratamiento para pacientes hospitalizados destinado a que dejen de consumir drogas o alcohol (los servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados en un hospital general están cubiertos)
- Cirugía plástica o estética
- Servicios para el tratamiento de la obesidad
- Servicios que Medicare u otro tercero pagador determine que no son médicamente necesarios
- Consejería matrimonial o sexual
- Esterilización voluntaria de personas menores de 21 años de edad o legalmente incapaces de consentir el procedimiento

LIMITACIONES DE FRECUENCIA

Su plan MyCare revisará todas las solicitudes de servicios de su proveedor. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto o no, llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

SERVICIOS PARA LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO

Hay servicios para la salud mental y el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias disponibles a través del plan.

Estos servicios incluyen:

- Evaluación de Diagnóstico
- Pruebas Psicológicas
- Psicoterapia y Asesoramiento
- Intervención en Crisis
- Servicios para la Salud Mental que incluyen Servicios Terapéuticos para el Comportamiento, Rehabilitación Psicosocial, Servicios de Tratamiento con Apoyo Psiquiátrico Comunitario, Tratamiento Asertivo Comunitario para Adultos y Tratamiento Intensivo Domiciliario para Niños o Adolescentes
- Servicios para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias, que incluyen Administración de Casos, Apoyo de Grupo para la Recuperación, Servicios Intensivos para Pacientes Ambulatorios, Hospitalización Parcial, Tratamiento Residencial y Manejo de la Abstinencia
- Tratamiento Asistido con Medicamentos para la Adicción
- Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos
- Servicios Médicos
- Servicios de Enfermería para la Salud del Comportamiento

Si necesita servicios para la salud mental o el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, o desea más información sobre estos servicios, hable con su proveedor o llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

SERVICIOS DEL PROGRAMA DE EXENCIÓN

Los servicios del Programa de Exención de MyCare Ohio están diseñados para satisfacer las necesidades de los miembros mayores de 18 años que, según lo determine el estado de Ohio o la persona que el estado designe, necesitan un nivel intermedio o especializado de cuidado. Estos servicios ayudan a las personas a vivir y desenvolverse de manera independiente. Si usted está inscrito en un programa de exención, consulte su Guía para Miembros del Programa de Exención de Servicios a Domicilio y en la Comunidad MyCare Ohio para obtener información sobre los servicios de dicho programa.

APOYOS Y SERVICIOS PARA EL CUIDADO A LARGO PLAZO O EN CENTROS DE ENFERMERÍA

Los apoyos y servicios para el cuidado a largo plazo y en centros de enfermería están cubiertos por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Usted dispone de una amplia variedad de apoyos y servicios a domicilio y en la comunidad como alternativa al cuidado en un centro de enfermería a largo plazo con el fin de permitirle vivir de la manera más independiente posible. Usted, su proveedor de cuidado primario y su equipo de Administración del Cuidado de la Salud consideran cuál es el lugar más apropiado para recibir servicios para el cuidado a largo plazo a fin de ayudar a garantizar que satisfagamos sus necesidades y que usted reciba los servicios necesarios, ya sea en la comunidad, en una residencia de vivienda asistida o en un centro de enfermería.

La Oficina del Defensor del Afiliado de Cuidado a Largo Plazo del Estado ayuda a las personas a obtener información sobre los servicios para el cuidado a largo plazo en asilos de convalecencia y en su domicilio o comunidad, así como a resolver problemas entre proveedores y miembros o sus familias. También pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan. Los miembros de MyCare Ohio que tengan dudas sobre cualquier aspecto del cuidado pueden obtener ayuda a través del Defensor del Afiliado de MyCare Ohio (MyCare Ohio Ombudsman). Puede llamar al 1-800-282-1206, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede presentar una queja en Internet en: http://aging.ohio.gov/contact/ o puede enviar una carta a:

Ohio Department of Aging: MyCare Ohio Ombudsman
246 N. High St./1st Fl
Columbus, Ohio 43215-2406

MEDICAMENTOS CON RECETA – SIN COBERTURA DE LA PARTE D DE MEDICARE

Si bien la mayoría de sus medicamentos con receta estarán cubiertos por la Parte D de Medicare, hay algunos medicamentos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare, pero están cubiertos por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Puede ver la **Lista de Medicamentos Cubiertos** de nuestro plan en el sitio web www.UHCCommunityPlan.com. Los medicamentos con un asterisco no están cubiertos por la Parte D de Medicare, pero están cubiertos por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Usted no tiene ningún copago por los medicamentos cubiertos por nuestro plan porque solo cubrimos sus medicamentos sin receta o que no están cubiertos por la Parte D. Para saber los copagos que le cobrarán por los medicamentos cubiertos por la Parte D, hable con su compañía de seguros de Medicare.

Si usted no tiene el copago, debe decírselo a la farmacia y podrá obtener su medicamento con receta. Le seguirá adeudando el copago a la farmacia, y la farmacia puede rehusarse a prestarle servicios en el futuro por los copagos que usted no haya pagado, si le avisan con anticipación.

También podemos requerir que su proveedor nos presente información (una solicitud de preautorización) para explicar por qué se necesita un medicamento específico o una cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud antes de que usted pueda obtener el medicamento. Los motivos por los que podemos autorizar previamente un medicamento incluyen:

- Hay un medicamento alternativo genérico o farmacéutico disponible.
- El medicamento se puede usar indebidamente o abusar de él.
- Hay otros medicamentos que se deben probar primero.
- Algunos medicamentos pueden tener límites de cantidad.

Si no aprobamos una solicitud de preautorización de un medicamento, le enviaremos información sobre cómo puede apelar nuestra decisión y sobre su derecho a una audiencia estatal. Para solicitar información sobre los medicamentos que requieren preautorización, puede llamar a Servicio al Cliente. También puede consultar nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com. Asegúrese de mirar solamente los medicamentos que tienen un asterisco para ver si requieren preautorización.

Tenga en cuenta que nuestra lista de los medicamentos que requieren preautorización puede cambiar, así que es importante que usted o su proveedor consulten esta información cuando deban surtir o resurtir un medicamento.

HEALTHCHEK (EXÁMENES PREVENTIVOS PARA NIÑOS)

Healthchek es el beneficio de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (early and periodic screening, diagnostic, and treatment, EPSDT) de Ohio. Healthchek cubre exámenes médicos, vacunas, información educativa sobre la salud y pruebas de laboratorio para todas las personas menores de 21 años que cumplen los requisitos de Medicaid. Estos exámenes son importantes para asegurarse de que los adolescentes y adultos jóvenes estén sanos y se estén desarrollando física y mentalmente. Los miembros menores de 21 años deben hacerse al menos un examen por año.

Healthchek también cubre exámenes médicos, dentales, nutricionales, de la salud del comportamiento, de la vista, de la audición y del desarrollo completos, además de otros cuidados para tratar problemas físicos, mentales o de otro tipo, o condiciones detectadas por un examen. Healthchek cubre exámenes y servicios de tratamiento que tal vez no estén cubiertos para personas de hasta 20 años; algunos de estos exámenes y servicios de tratamiento pueden requerir preautorización.

Los servicios de Healthchek están disponibles sin costo para los miembros e incluyen:

- Exámenes médicos preventivos para adultos jóvenes menores de 21 años.
- Pruebas de detección de Healthchek:
    - Exámenes médicos (exámenes físicos y del desarrollo)
    - Exámenes de la vista
    - Exámenes dentales
    - Exámenes de la audición
    - Revisiones nutricionales
    - Exámenes del desarrollo
    - Prueba de detección de plomo

- Pruebas de laboratorio (análisis correspondientes a la edad y el sexo)
- Vacunas
- Cuidado médico de seguimiento médicamente necesario para tratar problemas de salud o problemas detectados durante un examen. Esto podría incluir, entre otros, servicios como:
    - visitas a un proveedor de cuidado primario, especialista, dentista, optometrista y a otros proveedores de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) para diagnosticar y tratar problemas o asuntos de salud
    - cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o ambulatorios
    - visitas clínicas
    - medicamentos con receta
- Información educativa sobre la salud

Es muy importante que se realice pruebas de detección y exámenes médicos preventivos para que sus proveedores puedan detectar a tiempo cualquier problema de salud y tratarlo, o darle una referencia a un especialista para que le proporcione tratamiento antes de que el problema se agrave. **Recuerde: Algunos servicios pueden requerir una referencia de su proveedor de cuidado primario o una preautorización de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.** Además, para algunos artículos o servicios de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos, su proveedor puede solicitar una preautorización para que UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio cubra productos o servicios que tienen límites o que no están cubiertos para miembros mayores de 20 años. Consulte la sección “servicios cubiertos” que comienza en la página 12 de esta guía para saber qué servicios requieren preautorización.

Como parte de Healthchek, los servicios de administración del cuidado de la salud están disponibles para todos los miembros menores de 21 años que tengan necesidades especiales de cuidado de la salud. Consulte la página 11 para obtener más información sobre los servicios de administración del cuidado de la salud ofrecidos por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid).

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio le dará la ayuda que usted necesite para recibir un examen de Healthchek y cualquier otro servicio médico de seguimiento. Para saber si cumple los requisitos para una revisión médica de Healthchek y para recibir información sobre cómo obtener los servicios de Healthchek, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al 1-877-542-9236 (TTY 711). También puede llamar a su proveedor o dentista de Medicare con el fin de hacer una cita para un examen de Healthchek. Cuando llame, asegúrese de pedir un examen de Healthchek. Es muy importante hacer citas con un proveedor de cuidado primario y un dentista para realizarse exámenes regulares.

Podemos ayudarle a buscar un médico, un dentista o un especialista de cuidado de la salud dentro de la red. Le llamaremos para recordarle cuando llegue el momento de que su hijo se haga un examen de Healthchek. Si necesita ayuda para hacer citas, se la daremos. Si no tiene medios para ir a sus citas, pídanos ayuda con el transporte. Si sospecha que su hijo tiene un problema, programe una visita de Healthchek aunque no haya llegado la hora de hacer este examen. Esto ayudará a detectar y tratar a tiempo cualquier problema.

SERVICIOS PARA EMERGENCIAS

Los servicios para emergencias están cubiertos por Medicare. Si usted tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (emergency room, ER) más cercana o a otros centros apropiados. Si no está seguro de que deba ir a la sala de emergencias, llame a su proveedor de cuidado primario o a NurseLine al 800-542-8630 (TTY 711). Su proveedor de cuidado primario o NurseLine pueden hablar con usted sobre su problema médico y aconsejarle lo que debe hacer.

Recuerde, si necesita servicios para emergencias:

- Vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o a otros centros apropiados. Asegúrese de mostrar su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Connected for MyCare Ohio y su tarjeta de ID de Medicare.
- Si el proveedor que le está tratando por una emergencia se ocupa de su emergencia, pero cree que usted necesita otro tipo de cuidado médico para tratar el problema que provocó la emergencia, el proveedor debe llamar a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.
- No se requiere preautorización para servicios para emergencias.
- Si necesita transporte de emergencia, comuníquese con el 911 o con su servicio local para emergencias.
- Si es admitido en el hospital, llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) dentro de las 24 horas, o en cuanto sea posible.

TELESALUD

Telesalud es la prestación directa de cuidado de la salud a un paciente a través de audio o video. En lugar de ir al consultorio para su cita, usted se queda en su casa u oficina y usa su teléfono inteligente, tableta o computadora para ver y hablar con sus profesionales médicos y de salud del comportamiento. Los miembros de Medicaid pueden usar telesalud sin costo, y la telesalud elimina el estrés de necesitar servicios de transporte.

Los miembros de Medicaid pueden consultar a profesionales médicos y de salud del comportamiento a través de telesalud por muchas enfermedades y lesiones, condiciones de salud comunes, citas de seguimiento y pruebas de detección, así como para que les receten medicamentos.

Consulte a su plan de seguro de Medicare para saber qué proveedores ofrecen servicios de telesalud.

BENEFICIOS O SERVICIOS ADICIONALES

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) también ofrece los siguientes servicios o beneficios adicionales a sus miembros.

Equipo de Administración del Cuidado de la Salud

Todos los miembros tienen acceso a un equipo de administración del cuidado de la salud. Este servicio o beneficio adicional se describió en la sección Administración del Cuidado de la Salud anteriormente en esta guía.

Servicios Dentales

Examen bucal y limpieza cubiertos una vez cada seis meses para miembros menores de 21 años. Examen bucal y limpieza cubiertos una vez por año para miembros mayores de 21 años. Algunos servicios dentales que no son de rutina pueden requerir una aprobación. Consulte su Directorio de Proveedores para ver una lista de los proveedores dentales que están en la red de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) a fin de programar su cita dental.

Servicios para la Vista

Un examen de la vista completo, marco completo y par de lentes (lentes de contacto, si son médicamente necesarios) están cubiertos una vez por año para miembros de hasta 20 años y mayores de 60 años, y una vez cada 2 años para miembros de 21 a 59 años. Consulte su Directorio de Proveedores para ver una lista de los optometristas que están en la red de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) a fin de programar su cita de la vista.

NurseLine℠

Como miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid), usted puede aprovechar los servicios de nuestra línea de enfermería NurseLine. NurseLine le ofrece acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a un número de teléfono gratuito que le comunica con enfermeras tituladas con experiencia que comprenden sus necesidades y problemas de cuidado de la salud. Puede tener la tranquilidad de saber que las enfermeras tituladas de NurseLine tienen un promedio de 15 años de experiencia. NurseLine usa información confiable aprobada por médicos para ayudarle a tomar las decisiones correctas. NurseLine puede ayudarle a tomar decisiones relacionadas con la salud, pero no reemplaza el cuidado de su médico. Para obtener más información, consulte la sección NurseLine que aparece anteriormente en esta guía.

Este servicio no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. La información proporcionada a través de este servicio es para su conocimiento solamente. El personal de enfermería no puede diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos; tampoco sustituye el cuidado que le brinda su médico.

La confidencialidad de su información de salud se mantiene según la ley. El servicio no es un programa de seguro y puede discontinuarse en cualquier momento.

DERECHOS DEL MIEMBRO

Como miembro de nuestro plan de salud, usted tiene los siguientes derechos:

- Recibir toda la información y los servicios que nuestro plan debe prestar.
- Ser tratado con respeto y consideración por su dignidad y privacidad.
- Estar seguro de que la información de su registro médico se mantendrá en privado.
- Poder analizar opciones de tratamiento médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- Poder participar, junto con los profesionales, en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud.

- Recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para otra persona a la que usted haya aprobado legalmente para tener la información o a quien usted dejó dicho que se debería llamar en una emergencia cuando no sería bueno para su salud que se la comuniquen a usted.
- Poder participar en decisiones sobre el cuidado de su salud. Este derecho podría anularse en caso de que se crea que es lo mejor para usted.
- Recibir información sobre cualquier tratamiento médico de una manera que usted comprenda y pueda seguir.
- Estar seguro de que otros no podrán verle ni oírle cuando usted reciba cuidado médico.
- No ser objeto de ninguna forma de restricción o reclusión usada como medio de fuerza, disciplina, conveniencia o represalia según lo especificado en las normas federales.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos, y poder pedir que se modifique o corrija el registro, si fuera necesario.
- Poder aceptar o rechazar la divulgación de cualquier información sobre usted a menos que la ley nos obligue a divulgarla.
- Poder rechazar un tratamiento o una terapia. Si lo rechaza, el médico o nuestro plan deben hablar con usted sobre lo que podría ocurrir y poner una nota en su registro médico sobre este asunto.
- Poder presentar una apelación, una queja formal (queja) o audiencia estatal. Para obtener información, consulte la sección titulada "Cómo informar a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) que usted no está conforme o de acuerdo con una decisión que tomamos – Apelaciones y Quejas Formales" de esta guía (página 28).
- Poder obtener toda la información para miembros del plan de cuidado administrado MyCare Ohio por escrito de parte de nuestro plan:
    - sin costo para usted;
    - en los idiomas, distintos del inglés, predominantes de los miembros del área de servicio del plan de cuidado administrado MyCare Ohio;
    - de otras maneras, para ayudar con las necesidades especiales de los miembros que pueden tener dificultades para leer la información por cualquier motivo.
- Poder obtener ayuda sin cargo alguno de parte de nuestro plan y sus proveedores si usted no habla inglés o si necesita ayuda para comprender la información.
- Poder obtener ayuda, sin cargo, con el lenguaje de señas si usted tiene limitaciones auditivas.
- Que le digan si el proveedor de cuidado de la salud es un estudiante y negarse a ser atendido por dicho proveedor.
- Que le informen sobre cualquier cuidado experimental y poder negarse a formar parte de dicho cuidado.
- Hacer recomendaciones en relación con la norma de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (plan Medicare-Medicaid) sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.

- Formular sus Instrucciones por Anticipado (hacer un Testamento Vital). Consulte la página 38, que explica sobre las Instrucciones por Anticipado.
- Presentar cualquier queja sobre la falta de cumplimiento de sus Instrucciones por Anticipado ante el Departamento de Salud de Ohio.
- Ser libre de hacer valer sus derechos y saber que el plan de cuidado administrado MyCare Ohio, los proveedores del plan de cuidado administrado MyCare Ohio o el Departamento de Medicaid de Ohio no tomarán represalias.
- Saber que debemos acatar todas las leyes federales y estatales, así como otras leyes sobre la privacidad que se apliquen.
- Elegir el proveedor que le proporcione cuidado, siempre que sea posible y apropiado.
- Cambiar su proveedor de cuidado primario (es decir, su médico) no más de una vez al mes.
- Si es mujer, poder visitar un proveedor de salud de la mujer de nuestra red para recibir servicios para la salud de la mujer cubiertos por Medicaid.
- Poder obtener una segunda opinión de un proveedor calificado de nuestra red sobre servicios cubiertos por Medicaid. Si no hay un proveedor calificado que pueda atenderle, debemos programar una visita con un proveedor que no esté dentro de nuestra red sin costo para usted.
- Obtener información sobre UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) de parte nuestra. Esto incluye información sobre nuestros servicios, nuestros proveedores de cuidado de la salud y sus derechos y responsabilidades como miembro.
- Comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a las direcciones que se indican a continuación para presentar cualquier queja de discriminación debido a su raza, color, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, información genética, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

  The Ohio Department of Medicaid
  Office of Human Resources, Employee Relations
  P.O. Box 182709
  Columbus, Ohio 43218-2709
  Correo electrónico: ODM_EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov
  Fax: (614) 644-1434

  Office for Civil Rights
  United States Department of Health and Human Services
  233 N. Michigan Ave. – Suite 240
  Chicago, Illinois 60601
  (312) 886-2359
  (312) 353-5693 TTY

Las leyes nos exigen mantener la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal. Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte la sección Avisos de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud en la página 44.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Como miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid), usted tiene la responsabilidad de:

- Leer esta guía para entender cómo funciona UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid).
- Elegir su proveedor de cuidado primario (PCP).
- Llevar consigo su tarjeta de ID de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid); (debe mostrar esta tarjeta y la de Medicare cuando reciba servicios).
- Denunciar la pérdida o el robo de la tarjeta de ID lo antes posible.
- Informar a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) sobre cualquier otro seguro que usted pueda tener, y presentar los datos actuales del seguro a su proveedor de cuidado primario.
- Buscar atención médica según sea necesario.
- Ser puntual en todas las citas.
- Avisarle al consultorio de su proveedor de cuidado primario o a cualquier consultorio médico si necesita cambiar una cita.
- Respetar los derechos y la propiedad de su proveedor de cuidado primario, de otros trabajadores de cuidado de la salud y de otros pacientes.
- Saber cuándo y cómo debe tomar su medicamento, y seguir las instrucciones de su médico que usted aceptó seguir.
- Dar la información médica correcta sobre usted que UnitedHealthcare Connected y sus proveedores de cuidado de la salud necesitan para proporcionarle cuidado de la salud.
- Asumir toda la responsabilidad, reflexionar sobre las consecuencias de su decisión si se niega (rehúsa) a un tratamiento y hacer preguntas si no comprende algo.
- Comprender lo mejor que pueda sus problemas de salud y participar en el desarrollo de tratamientos mutuamente acordados.
- Asegurarse de que su proveedor de cuidado primario tenga todos sus registros médicos; (Esto incluye todos los registros médicos de otros médicos.)
- Informar a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) si es hospitalizado o usa la sala de emergencias: (Debe hacerlo en un plazo no mayor de 24 horas o en cuanto sea posible.)
- Consentir el uso apropiado de su información de salud
- Seguir cumpliendo los requisitos de Medicaid a fin de no perder su membresía de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid).

CÓMO INFORMAR A UNITEDHEALTHCARE CONNECTED® FOR MYCARE OHIO (PLAN MEDICARE-MEDICAID) QUE USTED NO ESTÁ CONFORME O DE ACUERDO CON UNA DECISIÓN QUE TOMAMOS — APELACIONES Y QUEJAS FORMALES

Si no está conforme con algo de nuestro plan o con sus proveedores, debe comunicarse con nosotros lo antes posible. Esto incluye si usted no está de acuerdo con una decisión que tomamos. Usted, o alguien a quien autorice a hablar por usted, puede comunicarse con nosotros. Si desea que una persona le represente, debe hacérnoslo saber. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio desea que se comunique con nosotros para poder ayudarle.

Para comunicarse con nosotros, usted puede:

- Llamar a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711),
- Llenar el formulario que se encuentra al final de su Guía para Miembros,
- Llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le envíen un formulario por correo,
- Visitar nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com o
- Escribirnos una carta para decirnos con qué no está conforme. Asegúrese de escribir en la carta su nombre y apellido, el número que se encuentra en la parte de adelante de su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) y su dirección y número de teléfono para que podamos comunicarnos con usted, si fuera necesario. También debe enviarnos cualquier información que explique su problema.

Envíe el formulario o su carta a:

UnitedHealthcare Appeals Department
PO Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio le enviará un documento por escrito si tomamos la decisión de:

- denegar una solicitud para cubrir un servicio para usted;
- reducir, suspender o interrumpir servicios antes de que usted reciba todos los servicios que fueron aprobados; o
- denegar el pago de un servicio que usted recibió y que no está cubierto por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.

También le enviaremos un documento por escrito si no cumplimos con los plazos para:

- tomar una decisión sobre si cubriremos o no un servicio solicitado para usted, o
- darle una respuesta a algo que usted nos dijo que no estaba conforme.

Si no está de acuerdo con la decisión o resolución indicada en la carta y se comunica con nosotros **en un plazo no mayor de 60 días calendario** desde que recibe nuestra carta para pedir que cambiemos nuestra decisión o resolución, esto se llama **apelación**. El plazo de 60 días calendario comienza el día posterior a la fecha en que se envió la carta por correo.

Si hemos tomado la decisión de reducir, suspender o interrumpir servicios antes de que usted reciba todos los servicios que fueron aprobados, su carta le explicará cómo puede seguir recibiendo los servicios si así lo desea y cuándo podría tener que pagarlos.

A menos que le comuniquemos una fecha diferente, debemos darle una respuesta a su apelación por escrito en un plazo no mayor de 15 días calendario a partir de la fecha en que usted se comunicó con nosotros. Si no cambiamos nuestra decisión o resolución como resultado de su apelación, le notificaremos su derecho a solicitar una audiencia estatal. **Usted solamente puede solicitar una audiencia estatal después de haber pasado por el proceso de apelación** de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.

Si se comunica con nosotros porque no está conforme con algo de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio o con alguno de nuestros proveedores, a eso se le llama **queja formal**. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio le dará una respuesta a su queja formal por teléfono (o por correo si no podemos comunicarnos con usted por teléfono) dentro de los siguientes plazos:

- dos días hábiles para quejas formales relacionadas con no haber podido recibir cuidado médico
- treinta días calendario para todas las demás quejas formales

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre una apelación o una queja formal, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos hasta 14 días calendario adicionales. Esa carta también le explicará por qué necesitamos más tiempo. Si usted piensa que necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre su apelación o queja formal, también puede pedirnos que nos tomemos hasta 14 días calendario.

Usted también tiene derecho a comunicarse con las siguientes entidades **en cualquier momento** para presentar una queja:

Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709
1-800-605-3040 o 1-800-324-8680
TTY: 1-800-292-3572

Ohio Department of Insurance
50 W. Town Street
3rd Floor – Suite 300
Columbus, Ohio 43215
1-800-686-1526

AUDIENCIAS ESTATALES

Una audiencia estatal es una reunión con usted o su representante autorizado, alguien del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado, alguien de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales dentro del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). En esta reunión, usted explicará por qué piensa que UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio no tomó la decisión correcta y UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio explicará las razones por las que tomó la decisión. El funcionario de la audiencia escuchará y luego decidirá quién tiene la razón en función de las reglas y de la información presentada.

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio le notificará su derecho a solicitar una audiencia estatal si no cambiamos nuestra decisión o resolución como resultado de su apelación.

Si usted desea una audiencia estatal, usted o su representante autorizado deben solicitarla **en un plazo no mayor de 90 días calendario**. El plazo de 90 días calendario comienza el día posterior a la fecha en que se envió el formulario de audiencia por correo. Si su apelación era sobre una decisión de reducir, suspender o interrumpir servicios antes de que usted reciba todos los servicios aprobados, su carta le explicará cómo puede seguir recibiendo los servicios si así lo desea y cuándo podría tener que pagarlos.

Para solicitar una audiencia, puede firmar el formulario de audiencia estatal y enviarlo a la dirección o al número de fax que se encuentra en el formulario, llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748 o enviar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. Si desea obtener información sobre servicios legales gratuitos, pero no conoce el número de su oficina de asistencia legal local, puede llamar a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio (Ohio State Legal Services Association) al 1-800-589-5888 para pedir el número local. **Usted solamente puede solicitar una audiencia estatal después de haber pasado por el proceso de apelación de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid).**

Las decisiones de las audiencias estatales generalmente se emiten en un plazo no mayor de 70 días calendario después de que se recibe la solicitud. Sin embargo, si el plan de cuidado administrado MyCare Ohio o la Oficina de Audiencias Estatales deciden que la condición de salud cumple los criterios para que se tome una decisión rápida, se emitirá la decisión con la rapidez necesaria, dentro de los 3 días hábiles después de que se recibe la solicitud. Las decisiones rápidas se reservan para situaciones en las que la toma de una decisión dentro del plazo estándar podría poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máxima función.

ENFERMEDAD O LESIÓN ACCIDENTAL (SUBROGACIÓN)

Si debe consultar a un médico por una lesión o enfermedad que fue causada por otra persona o empresa, debe llamar a Servicio al Cliente para avisarnos. Por ejemplo, si resulta herido en un accidente de tránsito, si lo muerde un perro o si se cae y se lastima dentro de una tienda, otra compañía de seguros podría tener que pagar la factura del médico o del hospital. Cuando llame, necesitaremos el nombre de la persona que tuvo la culpa, la compañía de seguros y los nombres de los abogados involucrados.

OTRO SEGURO DE SALUD (COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS — [COB])

Sabemos que usted también tiene cobertura de salud a través de Medicare. Si tiene algún otro seguro de salud con otra compañía, es muy importante que llame a Servicio al Cliente y al trabajador social de su condado para informarles sobre el seguro. También es importante que llame a Servicio al Cliente y al trabajador social de su condado si usted ya no tiene el seguro de salud que había informado anteriormente. Si no nos da esta información, puede haber problemas con las facturas y con el pago de posibles facturas por servicios médicos.

AVISO DE PÉRDIDA DEL SEGURO (CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE)

Si en algún momento pierde su seguro de salud, debe recibir un aviso, conocido como Certificado de Cobertura Acreditable, de parte de su compañía de seguros anterior, que diga que usted ya no tiene seguro. Es importante que conserve una copia de este aviso para sus archivos porque es posible que se le pida que presente una copia.

CÓMO PODRÍA DEJAR DE CUMPLIR LOS REQUISITOS DE MEDICAID

Es importante que cumpla sus citas con el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado. Si falta a una cita o no les da la información que le pidan, usted puede dejar de cumplir los requisitos de Medicaid. En ese caso, nuestro plan se vería obligado a interrumpir su membresía como miembro de Medicaid y usted dejaría de estar cubierto.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA MEMBRESÍA DEL PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO MYCARE OHIO

Si deja de cumplir los requisitos de Medicaid, pero vuelve a cumplirlos en un plazo no mayor de 90 días, será reinscrito automáticamente en UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid).

CÓMO TERMINAR SU MEMBRESÍA EN EL PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO MYCARE OHIO

Usted vive en un área de inscripción obligatoria de MyCare Ohio, lo que significa que debe elegir un plan de cuidado administrado MyCare Ohio a menos que cumpla alguna de las excepciones que se indican en la página 1. Si su área cambia por un área de inscripción voluntaria, el Departamento de Medicaid de Ohio le notificará el cambio.

Dado que usted eligió, o fue asignado para, recibir únicamente sus beneficios de Medicaid a través de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid), solo podrá terminar su membresía en ciertos momentos del año. Usted puede cancelar su membresía durante los tres (3) primeros meses de su membresía inicial o durante el período de inscripción abierta anual. El Departamento de Medicaid de Ohio le notificará por correo cuándo es su período de inscripción abierta anual. Si usted vive en un área de inscripción obligatoria de MyCare Ohio, debe elegir otro plan MyCare Ohio para recibir su cuidado de la salud.

Si desea terminar su membresía durante los tres primeros meses de su membresía o en el período de inscripción abierta, puede llamar a la Línea Directa de Medicaid al 1-800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1. Usted también puede enviar una solicitud en Internet en el sitio web de la Línea Directa de Medicaid en www.ohiomh.com. Casi siempre, si llama antes de los últimos 10 días del mes, su membresía terminará el primer día del mes siguiente. Si llama después de este plazo, su membresía no terminará hasta el primer día del mes posterior al siguiente. Si eligió otro plan de cuidado administrado, su nuevo plan le enviará información por correo antes de la fecha de inicio de su membresía.

Cómo Elegir un Nuevo Plan

Si está pensando en terminar su membresía para cambiar su plan de salud por otro, debería informarse sobre sus opciones, especialmente, si desea mantener a sus proveedores actuales de servicios de Medicaid. Recuerde que cada plan de salud tiene una red de proveedores que usted debe usar. Cada plan de salud también tiene información por escrito que explica los beneficios que ofrece y las reglas que usted debe seguir. Si le gustaría recibir información por escrito sobre un plan de salud en el que está pensando inscribirse o si simplemente quisiera hacer preguntas sobre el plan de salud, puede llamar al plan o a la Línea Directa de Medicaid al 1-800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1. También puede encontrar información sobre los planes de salud de su área si visita el sitio web de la Línea Directa de Medicaid en www.ohiomh.com.

Cómo elegir recibir sus beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través de un plan MyCare Ohio

Usted puede solicitar recibir sus beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) y permitirnos que seamos su único punto de contacto para todos sus servicios de Medicare y Medicaid. Si quisiera obtener más información o solicitar este cambio, puede comunicarse con la Línea Directa de Medicaid al 1-800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1.

Cancelación de la Membresía por Causa Justificada

A veces, puede haber un motivo especial por el que necesita terminar la membresía de su plan de salud. Esto se llama cancelación de la membresía por "Causa Justificada". Antes de que usted pueda pedir una cancelación de la membresía por causa justificada, primero debe llamar a su plan de cuidado administrado y darles la oportunidad de resolver el problema. Si no pueden resolverlo, usted puede pedir una cancelación por causa justificada en cualquier momento si tiene alguno de los siguientes motivos:

1. Se muda y su plan de cuidado administrado MyCare Ohio actual no está disponible donde vive ahora y usted debe recibir cuidado médico que no es de emergencia en su nueva área antes de que termine su membresía del plan de cuidado administrado MyCare Ohio.
2. El plan de cuidado administrado MyCare Ohio no cubre, por objeciones morales o religiosas, un servicio médico que usted necesita.
3. Su médico le ha dicho que algunos de los servicios médicos que usted necesita se deben recibir en el mismo momento y no todos los servicios están disponibles en el panel de su plan de cuidado administrado MyCare Ohio.
4. Usted tiene dudas de estar recibiendo cuidado de calidad y los servicios que necesita no están disponibles de parte de otro proveedor en el panel de su plan de cuidado administrado MyCare Ohio.
5. Falta de acceso a servicios cubiertos por Medicaid médicamente necesarios o falta de acceso a proveedores con experiencia en tratar sus necesidades especiales de cuidado de la salud.
6. El proveedor de cuidado primario que usted eligió ya no está en el panel de su plan de cuidado administrado MyCare Ohio y ese era el único proveedor de cuidado primario del panel de su plan de cuidado administrado MyCare Ohio que hablaba su idioma y estaba ubicado dentro de una distancia razonable de su domicilio. Otro plan de salud tiene, en su panel, un proveedor de cuidado primario que habla su idioma y está ubicado dentro de una distancia razonable de su domicilio y le aceptará como paciente.

7. Otro - Si piensa que seguir siendo miembro de su plan de salud actual es perjudicial para usted y no le conviene.

Para pedir la cancelación de su membresía por Causa Justificada, llame a la Línea Directa de Medicaid al 1-800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1. El Departamento de Medicaid de Ohio revisará su solicitud de cancelación de membresía por causa justificada y decidirá si su motivo efectivamente es una causa justificada. Usted recibirá una carta por correo que le informará si el Departamento de Medicaid de Ohio cancelará su membresía y la fecha en que lo hará. Si vive en un área de inscripción obligatoria, tendrá que elegir otro plan de cuidado administrado para recibir su cuidado de la salud a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio le diga otra cosa. Si se deniega su solicitud por causa justificada, el Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información que le explicará su derecho a una audiencia estatal para apelar la decisión.

Lo que debe tener en cuenta si usted termina su membresía

Si siguió alguno de los pasos anteriores para terminar su membresía, recuerde lo siguiente:

- Debe seguir usando los médicos y otros proveedores de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) hasta el día en que sea miembro de su nuevo plan de salud, a menos que aún se encuentre en su período de transición o que viva en un área de inscripción voluntaria y elija volver al programa regular de Medicaid.
- Si eligió un nuevo plan de salud y no ha recibido una tarjeta de ID de miembro antes del primer día del mes en que es miembro del nuevo plan, llame a Servicio al Cliente del plan. Si no pueden ayudarle, llame a la Línea Directa de Medicaid al 1-800-324-8680. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1.
- Si le permitieron volver a la tarjeta de Medicaid anterior y no ha recibido una nueva tarjeta de Medicaid, llame al trabajador social de su condado.
- Si ha elegido un nuevo plan de salud y tiene algún servicio de Medicaid programado, llame a su nuevo plan para asegurarse de que los proveedores de ese servicio estén en la lista de proveedores del nuevo plan y que se realicen los trámites necesarios. Por ejemplo, usted debería llamar a su nuevo plan cuando reciba servicios de asistencia médica a domicilio, para enfermería privada, la salud mental, el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, servicios dentales, para la vista y del Programa de Exención.
- Si le permitieron volver al programa regular de Medicaid y tiene programada alguna visita médica, llame al proveedor para asegurarse de que acepte la tarjeta regular del programa Medicaid.

¿Puede UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio Terminar mi Membresía?

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) puede pedir al Departamento de Medicaid de Ohio que termine su membresía por ciertos motivos. El Departamento de Medicaid de Ohio debe aprobar la solicitud antes de que se pueda terminar su membresía.

Los motivos por los que podemos pedir la terminación de su membresía son:

- Por fraude o uso indebido de su tarjeta de ID de miembro
- Por su comportamiento conflictivo o poco cooperativo en la medida que afecte la capacidad del plan de cuidado administrado MyCare Ohio de prestar servicios a usted o a otros miembros.

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) presta servicios a nuestros miembros a través de un contrato que tiene nuestro plan con el Departamento de Medicaid de Ohio. Si desea comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio, puede llamar o escribir a:

Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709
1-800-324-8680 (de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.)
Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1

También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio en: http://www.medicaid.ohio.gov/PROVIDERS/ManagedCare/IntegratingMedicareand MedicaidBenefits.aspx.

Si tiene preguntas o necesita hacer cambios en su dirección, en sus ingresos o en otro seguro, también puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su condado local.

Para obtener cualquier otra información que desee, como la estructura y el funcionamiento de nuestro plan, así como la forma en que pagamos a nuestros proveedores, o si tiene alguna sugerencia sobre cosas que deberíamos cambiar, puede comunicarse con UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711).

INFORMACIÓN Y RECURSOS ADICIONALES

Mejoramiento de la Calidad

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) desea que usted reciba servicios y cuidado de la salud de calidad. Estudiamos el cuidado que usted recibe de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Buscamos maneras de mejorar los servicios que le prestamos, y de detectar y corregir cualquier problema.

Para ver una descripción del plan UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) e información sobre cómo cumplimos nuestros objetivos o sobre nuestras pautas de práctica, escriba a:

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio
Quality Improvement
5900 Parkwood Place
Dublin, OH 43016

Programas para el Manejo de Enfermedades y para la Administración del Cuidado de la Salud

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) ofrece servicios de administración del cuidado de la salud a todos los miembros. Nuestro Personal Care Model™ se ocupa de los miembros que tienen problemas graves de salud o condiciones crónicas. Deseamos que nuestros miembros disfruten del máximo nivel de calidad de vida.

¿Qué puede ofrecerle su Administrador de Cuidado de la Salud de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid)?

- Una evaluación de salud para identificar sus necesidades especiales
- Contacto telefónico y visitas a domicilio según sea necesario
- Ayuda para buscar recursos comunitarios y cuidado de asistencia médica a domicilio
- Ayuda con el transporte médico
- Arreglos necesarios para que usted obtenga Equipo Médico Duradero (DME) y otros servicios según sea necesario o según lo indique su médico
- Ayuda para cumplir las citas médicas
- Información educativa sobre la salud y materiales educativos
- Programas para el Manejo de Enfermedades como:
    - Asma
    - Diabetes
    - EPOC (Enfermedades pulmonares)
    - Insuficiencia Cardíaca
    - Enfermedad Renal
    - Salud del Comportamiento

Es posible que UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) le haga preguntas para obtener más información sobre sus condiciones. Podemos comunicarnos con usted si usted o su médico solicita una llamada telefónica, o si creemos que podemos ofrecerle servicios de administración del cuidado de la salud que le serían útiles.

El personal de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) hablará con su proveedor de cuidado primario y con otros proveedores de servicios para coordinar el cuidado de su salud. El personal de administración del cuidado de la salud y manejo de enfermedades puede incluir enfermeras, administradores de cuidado de la salud, asesores de salud, trabajadores sociales, integrantes del equipo de salud del comportamiento o Trabajador de Salud Comunitario.

Llámenos si tiene alguna pregunta sobre los servicios de administración del cuidado de la salud o si cree que podría beneficiarse de ellos. Para obtener más información sobre nuestros programas, llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Programa Healthify de UnitedHealthcare

A veces, las necesidades de salud y seguridad de una persona requieren la asistencia de programas de apoyo comunitario. En esos casos, el programa Healthify de UnitedHealthcare puede ayudar con facilidad. Nuestros miembros pueden llamar al 1-877-542-9236 para obtener información e inscribirse en programas que ahorran dinero, como: alimentos, asistencia legal, vivienda, descuentos en servicios públicos, servicios de telefonía celular gratuitos; cuidado diurno para niños y adultos; y otros programas de servicios sociales.

Si Va a Tener un Bebé – Inscríbase en Healthy First Steps™ (Un Programa para las Mujeres Embarazadas de Nuestro Plan)

Una mamá sana tiene más probabilidades de tener un bebé sano. El embarazo es un período importante para que las mujeres se cuiden bien y cuiden bien a los bebés que esperan. Es posible que algunas mujeres tengan factores de riesgo que puedan causar problemas durante el embarazo. Estos problemas podrían provocar un parto prematuro. Cuando los bebés son demasiado prematuros, pueden enfermarse o tener que quedarse en el hospital. Deseamos que la mamá y el bebé gocen de la mejor salud posible.

Contamos con un programa especial para las mujeres embarazadas que son miembros de nuestro plan. Nuestro programa Healthy First Steps™ ofrece a las mujeres embarazadas la información, la educación y el apoyo que necesitan durante el embarazo. Si usted está embarazada, llame para inscribirse en Healthy First Steps™ al 1-800-599-5985. Deseamos ayudarle a tener un embarazo saludable. Nuestro personal le ayudará a recibir el cuidado que usted necesite y también a prepararse para el parto y para el cuidado de su bebé.

Es importante que consulte a un médico en cuanto crea que está embarazada. Si tiene problemas para buscar un médico o para conseguir una cita, podemos ayudarle. También colaboraremos con usted para encontrar servicios comunitarios como el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children Program, WIC), cuidado de la salud del comportamiento y servicios sociales. Permita que Healthy First Steps™ le ayude a que su embarazo sea lo más saludable posible.

Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

Este programa proporciona nutrición complementaria especial para mujeres, bebés y niños. Ofrece alimentos nutritivos sin costo, apoyo para la lactancia materna, educación sobre nutrición y referencias para recibir cuidado de la salud. Si está embarazada, cuando consulte a su médico, pídale que llene una solicitud de este programa. Si tiene un bebé o un niño, pídale a su médico que llene una solicitud del programa o llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) para obtener más información sobre el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños.

Consejo Asesor de Miembros de UnitedHealthcare y “Connected Advisors”

El Consejo Asesor de Miembros de UnitedHealthcare y “Connected Advisors” es un consejo asesor que tiene como objetivo asegurar que UnitedHealthcare involucre activamente a los consumidores, las familias, los grupos de defensa de derechos y otras partes interesadas clave a fin de que participen en el diseño del programa y el sistema de prestación de servicios.

¿Quiénes participan?

- Todos los miembros, o representantes de los miembros, cumplen los requisitos para participar.
- No hay límites de tiempo para participar.
- Representantes de organizaciones interesadas en los miembros o de defensa de los derechos de los miembros.
- La representación refleja la diversidad de la población de miembros, que incluye: raza, origen étnico, religión, orientación sexual, sexo, discapacidad (física o mental), edad, estado paternal o información genética.

Asesorarán y orientarán a UnitedHealthcare Community Plan of Ohio en:

- La prestación y el diseño de los servicios clínicos
- Estrategias para apoyar a los miembros de la comunidad
- Iniciativas para hacer frente al abuso, maltrato y abandono
- La promoción de una cultura centrada en el miembro
- El aporte de opiniones sobre investigaciones y mejores prácticas

¿Cómo está organizado?

- Un consejo a nivel estatal
- Tres grupos locales de "Connected Advisors" con representación en las regiones noreste (condados de Cuyahoga, Geauga, Lake, Lorain y Medina); noreste central (condados de Columbiana, Mahoning y Trumbull) y este central (condados de Portage, Stark, Summit y Wayne) de MyCare Ohio.

¿Qué harán?

- Participarán en llamadas en conferencia trimestrales
- Recibirán boletines electrónicos o impresos.
- Asistirán a tres reuniones regionales en persona que se celebran una vez al año (UnitedHealthcare proporcionará viáticos a solicitud del miembro. La cantidad de los viáticos seguirá las pautas y las reglas vigentes del estado correspondiente).
- La participación es sin costo.
- Las decisiones del Consejo de Miembros y de Connected Advisors se tomarán mediante el voto de la mayoría simple de los miembros presentes.
- Se nombrará o elegirá un miembro para participar en el programa Nacional de Miembros Embajadores (National Peer Ambassador) de UnitedHealthcare. La meta de este programa es elevar y empoderar a los miembros a través de un diálogo profundo, el intercambio de información y la inclusión en el desarrollo de las mejores prácticas, innovaciones, y el diseño y la prestación de servicios a fin de fomentar una cultura centrada en el miembro. Los Miembros Embajadores Nacionales y Comunitarios se conectan virtualmente (a través de teleconferencia o tecnología web) a fin de compartir experiencias y conocimientos sobre oportunidades para mejorar la calidad de vida y la experiencia de las poblaciones a las que prestamos servicios. Hacemos uso de las recomendaciones y los conocimientos compartidos por los Embajadores para lograr mejores resultados y experiencias en la promoción de una cultura centrada en el miembro. Los Embajadores no reciben ninguna remuneración por los servicios prestados en calidad de embajadores.

Para obtener más información sobre el Consejo Asesor de Miembros de UnitedHealthcare y "Connected Advisors" o para participar, visite www.UHCCommunityPlan.com o llame a Servicio al Cliente al 1-877-542-9236 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

LÍNEA DIRECTA PARA DENUNCIAR FRAUDE Y ABUSO

El Departamento de Seguros de Ohio (Ohio Department of Insurance, ODI) tiene un número gratuito al que usted puede llamar si desea denunciar a un proveedor médico (por ejemplo, un médico, dentista, terapeuta, hospital o proveedor de cuidado a domicilio) o empresa (proveedor de suministros médicos) por presunto fraude o abuso de los servicios prestados a cualquier persona que tenga una tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) o una tarjeta de Medicaid. El número es el 1-800-686-1527 o 614-644-2671.

También puede escribir al Departamento de Seguros de Ohio a:

Ohio Department of Insurance:
Fraud Unit
2100 Stella Court
Columbus, Ohio 43215

Algunos ejemplos comunes de fraude y abuso son:

- Facturarle o cobrarle servicios que su plan de salud cubre
- Ofrecerle servicios, equipos o suministros gratuitos a cambio de su número de Medicaid
- Proporcionarle tratamiento o prestarle servicios que usted no necesita
- Maltrato físico o mental, o abuso sexual de parte del personal médico
- Alguien que use la tarjeta de Medicaid o la tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) de otra persona. No es necesario que dé su nombre y, si lo hace, el proveedor no sabrá que usted llamó.

Además, puede llamar al número gratuito 1-877-766-3844 y dejar un mensaje detallado para denunciar un presunto caso de fraude y abuso ante UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Este servicio también está programado para que usted no tenga que dar su nombre.

Recuerde: nunca le dé su tarjeta de ID de miembro a nadie para que la use.

INSTRUCCIONES POR ANTICIPADO

Usted Tiene el Derecho

Usar las Instrucciones por Anticipado para expresar sus deseos sobre su cuidado médico

Muchas personas suelen preocuparse por el cuidado médico que recibirán si no pueden expresar sus deseos debido a una enfermedad grave.

Algunas de ellas no desearían pasar meses o años en soporte vital. Otras quisieran hacer todo lo posible para alargar la vida.

Usted puede dejar sus deseos de cuidado médico por escrito mientras esté sano y sea capaz de decidir. Su centro de cuidado de la salud debe explicarle su derecho a expresar sus deseos sobre el cuidado médico. También debe preguntarle si usted ha dejado sus deseos por escrito.

Este documento le explica los derechos que le confiere la ley de Ohio de aceptar o denegar el cuidado médico. También le explica cómo puede expresar sus deseos sobre el cuidado que desearía recibir si usted no puede decidir por sí mismo. Este documento no contiene asesoramiento legal, pero le ayudará a comprender sus derechos conforme a la ley.

¿Cuáles son mis derechos a elegir mi cuidado médico?

Usted tiene derecho a elegir su propio cuidado médico. Si no desea recibir un cierto tipo de cuidado, usted tiene derecho a decirle a su médico que no lo desea.

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo para decidir? ¿Qué pasará si no puedo expresar mis deseos?

La mayoría de las personas pueden decirle a sus médicos cuáles son sus deseos sobre el cuidado médico. Sin embargo, algunas personas se enferman demasiado como para poder decirles a sus médicos el tipo de cuidado que desean recibir. Conforme a la ley de Ohio, usted tiene derecho a llenar un formulario mientras es capaz de actuar por sí mismo. El formulario indica a sus médicos lo que usted desea que ocurra si no puede expresar sus deseos.

¿Qué clases de formularios hay?

Conforme a la ley de Ohio, hay cuatro formularios diferentes, o Instrucciones por Anticipado, que usted puede usar: un Testamento Vital, una Orden de No Reanimar (Do Not Resuscitate, DNR), un Poder Legal para el Cuidado de la Salud (también conocido como Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud) y una Declaración de Tratamiento de Salud Mental. Usted llena un formulario de Instrucciones por Anticipado mientras es capaz de actuar por sí mismo. Las Instrucciones por Anticipado permiten que su médico y otras personas conozcan sus deseos sobre el cuidado médico.

¿Tengo que llenar un formulario de Instrucciones por Anticipado antes de recibir cuidado médico?

No. Nadie puede obligarle a llenar un formulario de Instrucciones por Anticipado. Usted decide si desea llenar uno.

¿Quiénes pueden llenar un formulario de Instrucciones por Anticipado?

Cualquier persona mayor de 18 años que esté en su sano juicio y sea capaz de tomar sus propias decisiones puede llenar un formulario.

¿Necesito un abogado?

No, no necesita un abogado para llenar un formulario de Instrucciones por Anticipado.

¿Las personas que me proporcionan cuidado médico tienen que cumplir mis deseos?

Sí, si sus deseos cumplen con la ley estatal. Sin embargo, una persona que le proporciona cuidado médico tal vez no pueda cumplirle los deseos porque van en contra de su propia conciencia. En ese caso, le ayudarán a encontrar a otra persona que cumpla sus deseos.

Testamento Vital

Un Testamento Vital indica en qué medida desearía usar métodos artificiales de soporte vital para alargar su vida. Solamente entra en vigor cuando usted está:

- En un coma del que no se espera que despierte o
- Más allá de la ayuda médica, sin esperanza de recuperarse y no puede expresar sus deseos o
- Agonizando y sin poder expresar sus deseos.

Las personas que le proporcionan cuidado médico deben hacer lo que usted indica en su Testamento Vital. Un Testamento Vital les da derecho a cumplir sus deseos. Solamente usted puede cambiar o cancelar su Testamento Vital. Puede hacerlo en cualquier momento.

Orden de No Reanimar

Una Orden de No Reanimar (DNR) es una orden escrita por un médico o, en ciertas circunstancias, una enfermera especialista certificada o una enfermera especialista clínica, que indica a los proveedores de cuidado de la salud no practicar reanimación cardiopulmonar (RCP). En Ohio, hay dos tipos de Órdenes de No Reanimar: (1) Cuidados Paliativos con Orden de No Reanimar y (2) Cuidados Paliativos con Orden de No Reanimar – Paro Cardíaco. Le convendría hablar con su médico sobre las opciones de Órdenes de No Reanimar.

Poder Legal para el Cuidado de la Salud

Un Poder Legal para el Cuidado de la Salud es diferente de otros tipos de poderes legales. Este documento trata únicamente del Poder Legal para el Cuidado de la Salud, no de los otros tipos de poderes legales.

Un Poder Legal para el Cuidado de la Salud le permite elegir a una persona para que cumpla sus deseos de cuidado médico. La persona actuará por usted si usted no puede hacerlo por sí mismo. Podría ser durante un período breve o largo.

¿A quién debería elegir?

Puede elegir a cualquier adulto, familiar o amigo en quien confíe para que actúe por usted cuando no pueda hacerlo por sí mismo. Asegúrese de hablar con la persona sobre lo que usted desea. Luego ponga por escrito el cuidado médico que desea y que no desea recibir. También debería hablar con su médico sobre lo que desea. La persona que usted elija debe cumplir sus deseos.

¿Cuándo entra en vigor mi Poder Legal para el Cuidado de la Salud?

El formulario entra en vigor únicamente cuando usted no puede elegir por sí mismo el cuidado que desea recibir. El formulario permite que su familiar o amigo interrumpa el soporte vital en las siguientes circunstancias:

- Si usted está en un coma del que no se espera que despierte,

  –O–

- Si se prevé que usted morirá.

Declaración de Tratamiento de Salud Mental

Una Declaración de Tratamiento de Salud Mental se concentra más específicamente en el cuidado de salud mental. Permite que usted, mientras sea capaz, designe a un representante para que tome decisiones en nombre de usted cuando ya no tenga capacidad para tomar una decisión. Además, la Declaración puede establecer ciertos deseos relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, usted puede indicar las preferencias de medicamentos y tratamientos, así como las preferencias relacionadas con la admisión o retención en un centro.

¿Cuál es la diferencia entre un Poder Legal para el Cuidado de la Salud y un Testamento Vital?

El Testamento Vital establece, por escrito, sus deseos sobre el uso de sistemas artificiales de soporte vital si usted no puede expresar sus deseos.

El Poder Legal para el Cuidado de la Salud le permite elegir a una persona para que cumpla sus deseos de cuidado médico si usted no puede hacerlo por sí mismo.

Si tengo un Poder Legal para el Cuidado de la Salud, ¿también necesito un Testamento Vital?

Puede tener ambos. Cada uno se ocupa de partes diferentes de su cuidado médico.

¿Puedo cambiar mis Instrucciones por Anticipado?

Sí, usted puede cambiar sus Instrucciones por Anticipado cada vez que lo desee. Es una buena idea revisar sus Instrucciones por Anticipado de vez en cuando para asegurarse de que aún digan lo que usted desea y que cubran todos los aspectos.

Si no tengo Instrucciones por Anticipado, ¿quién decide mi cuidado médico si yo no puedo hacerlo?

La ley de Ohio permite que su familiar más cercano decida su cuidado médico si usted está por morir y no puede actuar por sí mismo.

¿Dónde obtengo los formularios de Instrucciones por Anticipado?

Muchas de las personas y de los lugares que le brindan cuidado médico tienen formularios de Instrucciones por Anticipado. También puede obtener estos formularios en el sitio web de Midwest Care Alliance en: www.midwestcarealliance.org.

¿Qué debo hacer con mis formularios después de llenarlos?

Debe entregar copias a su médico y al centro de cuidado de la salud para que las adjunten a su registro médico. Dele una copia a un amigo o familiar de confianza. Si ha elegido a alguien en un Poder Legal para el Cuidado de la Salud, dele una copia a esa persona. Guarde una copia con sus papeles personales. También podría ser conveniente que le dé una copia a su abogado o a un clérigo. Asegúrese de decirles a sus familiares y amigos lo que ha hecho. No se trata simplemente de guardar los formularios y olvidarse de ellos.

Donación de Órganos y Tejidos

Los habitantes de Ohio pueden decidir si desean donar sus órganos y tejidos en caso de muerte. Al hacer pública su preferencia, pueden asegurarse de que se cumplan sus deseos inmediatamente y que sus familias y seres queridos no tengan el peso de tomar esta decisión en un momento que, de por sí, ya es difícil. Algunos ejemplos de los órganos que se pueden donar son: corazón, pulmones, hígado, riñones y páncreas. Algunos ejemplos de los tejidos que se pueden donar son: piel, hueso, ligamentos, venas y ojos.

Hay dos formas de registrarse para convertirse en donante de órganos y tejidos:

- Puede expresar sus deseos sobre la donación de órganos y tejidos cuando obtenga o renueve su Licencia de Conducir de Ohio o su Tarjeta de ID Estatal,

  –O–

- Puede registrarse en Internet como donante de órganos a través del sitio web del Registro de Donantes de Ohio (Ohio Donor Registry): www.donatelifeohio.org.

TÉRMINOS IMPORTANTES

Abuso o Maltrato - Hacer daño a una persona a propósito (incluye gritarle, ignorar la necesidad de una persona y tocarla inapropiadamente).

Administración del Cuidado de la Salud - Ayuda personalizada de parte de un profesional con licencia que le proporciona educación y coordinación de los beneficios de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid), a la medida de sus necesidades.

Apelación - Una apelación es una disputa presentada por un miembro, su representante o un proveedor con el permiso del miembro, que cuestiona una medida tomada por el plan de salud de denegar o limitar la autorización de un servicio, incluido el tipo o nivel de servicio, o de reducir, suspender o cancelar el pago de un servicio previamente autorizado; o que cuestiona el hecho de que no se haya autorizado oportunamente un servicio o que no se haya tomado una decisión sobre una queja formal o apelación dentro de los plazos exigidos.

Autorización - Aprobación de un servicio.

Beneficios - Servicios, procedimientos y medicamentos que UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) cubrirá para usted.

Cancelación de la Inscripción - Terminar su membresía de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid).

Consentimiento Informado - Significa que se le han explicado todos los tratamientos médicos, y que usted los entiende y los acepta.

Cuidado de Urgencia - Cuando usted está enfermo, pero no se trata de una emergencia, y necesita tratamiento o asesoramiento médico antes de que pueda consultar a su proveedor de cuidado primario.

Dentro de la Red - Médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que tienen un acuerdo con UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) para prestar servicios para el cuidado de la salud a los miembros.

Directorio de Proveedores - Lista de proveedores que participan en UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) para ocuparse de sus necesidades de cuidado de la salud.

Emergencia - Cambio repentino e imprevisto, en ese momento, en el estado físico o mental de una persona que, si no se realiza un procedimiento o tratamiento de inmediato, podría tener consecuencias previsibles como 1) la pérdida de la vida o de una extremidad, 2) una limitación importante en una función corporal, 3) un daño permanente en una parte del cuerpo o en la salud de un feto.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) - Incluye cosas como sillas de ruedas, andadores y medidores de glucosa para diabéticos. También pueden ser suministros desechables como vendajes, catéteres y agujas. Su médico es quien debe solicitar el Equipo Médico Duradero.

Especialista - Cualquier médico que ha recibido capacitación especial para una condición o enfermedad específica.

Fraude - Acto deshonesto (por ejemplo, si otra persona usa su tarjeta de ID de miembro haciéndose pasar por usted).

Fuera de la Red - Médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que no tienen un acuerdo con UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) para prestar servicios para el cuidado de la salud a los miembros.

Información de Salud - Datos sobre su salud y el cuidado que recibe. Esta información puede provenir de un proveedor o un empleado de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Incluye información sobre su salud física y mental, así como los pagos de servicios para el cuidado de la salud.

Instrucciones por Anticipado - Decisión sobre el cuidado de su salud que usted toma con anticipación en caso de que alguna vez no pueda hacerlo por sí mismo. Estas instrucciones permitirán que su familia y sus médicos sepan qué decisiones tomaría usted si pudiera hacerlo.

Miembro - Persona que cumple los requisitos y está inscrita con UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) en los programas de Medicaid o MyCare Ohio.

ODM - Ohio Department of Medicaid (Departamento de Medicaid de Ohio)

Paciente Ambulatorio - Cuando le realizan un procedimiento que no requiere que pase una noche en el hospital.

Paciente Hospitalizado - Cuando le admiten en un hospital.

Preautorización - Proceso que sigue su médico para obtener una aprobación de los servicios que deben ser autorizados antes de que se puedan prestar.

Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Supplemental Food Program for Women, Infants and Children, WIC) - Programa de nutrición complementaria especial para mujeres, bebés y niños que ofrece asesoramiento nutricional, educación sobre nutrición y alimentos nutritivos a mujeres embarazadas y después del parto, así como a bebés y niños de hasta 2 años de edad.

Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Provider, PCP) - Médico que usted elige para que sea su proveedor de cuidado primario. Su proveedor de cuidado primario coordinará todo el cuidado de su salud.

Proveedor o Profesional Médico - Persona o centro que ofrece cuidado de la salud (médico, farmacia, dentista, clínica, hospital, etc.).

Queja Formal - Expresión de insatisfacción con el plan de salud, un profesional médico o cualquier otro asunto que no sea una medida tomada por el plan. Las quejas formales pueden incluir problemas sobre la calidad del cuidado o de los servicios prestados, aspectos de las relaciones interpersonales, como descortesía de parte de un proveedor o empleado, o no respetar los derechos de un miembro.

Receta - Instrucciones escritas de un médico para indicar medicamentos o tratamiento.

Servicios Sin Referencia - Servicios que no requieren que usted consulte primero a su proveedor de cuidado primario.

Tarjeta de ID - Tarjeta de identificación que dice que usted es miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Usted debe llevar consigo esta tarjeta en todo momento.

Vacuna - Inyección que le protege de una enfermedad. Las vacunas generalmente se administran durante las visitas regulares al médico.

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. LE INDICA CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Entra en vigencia el 1 de enero de 2022

Por ley, debemos[1] proteger la privacidad de su información de salud (health information, "HI"). Debemos enviarle este aviso. El aviso le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted de acceder a su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de este aviso.

La información de salud es información sobre su salud o sus servicios para el cuidado de la salud. Tenemos derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad para administrar la información de salud. Si las modificamos, se lo notificaremos por correo o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en este sitio web **(www.uhccommunityplan.com).**

- Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud. Recopilamos y conservamos su información de salud para llevar adelante nuestra actividad comercial. La información de salud puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información de salud. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias del gobierno.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto debe ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para el Pago.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para procesar el pago de la prima y los reclamos. Esto puede incluir la coordinación de los beneficios.
- **Para el Tratamiento o la Administración del Cuidado.** Podemos recopilar y usar su información de salud, y compartirla con sus proveedores para ayudar con su cuidado.
- **Para las Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Podemos sugerir un Programa de Bienestar o para el Manejo de Enfermedades. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos describirle otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Podemos compartir con su empleador información sobre su inscripción, la cancelación de su inscripción y un resumen de información de salud. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.

Copyright 2021 United HealthCare Services, Inc.

- **Para Fines de Suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para tomar decisiones sobre suscripción. No usaremos su información de salud genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para enviarle recordatorios de citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Es posible que le enviemos correos electrónicos con cierta información de salud a través de métodos no encriptados. Existe un cierto riesgo de divulgación o intercepción del contenido de dichas comunicaciones.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.** Podemos divulgar información si así lo exige la ley.
- **A las Personas Involucradas en su Cuidado.** Por ejemplo, a un familiar en una emergencia. Esto puede ocurrir si usted no puede dar su consentimiento ni objetar. Si usted no puede objetar, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir brotes de enfermedades.
- **Para Denunciar Abuso, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con las entidades autorizadas por ley a recibirla. Estas entidades pueden ser una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Para responder a una orden judicial o una citación.
- **Para Cumplir con la Ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** Podemos compartir información de salud con agencias de salud pública u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Por ejemplo, ante una emergencia o una catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para los servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para Fines de Investigación.** Para estudiar enfermedades o discapacidades.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o legista. Para identificar a la persona fallecida, hallar la causa del fallecimiento o según lo establezca la ley. Podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales u Organismos Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas en custodia: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.

Copyright 2021 United HealthCare Services, Inc.

- **A Nuestros Socios Comerciales si es necesario para prestarle servicios.** Nuestros socios se comprometen a proteger su información de salud. No tienen permitido usar su información de salud para ningún fin que no esté permitido por nuestro contrato con ellos.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
  1. Abuso de alcohol y de sustancias
  2. Información biométrica
  3. Abuso o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
  4. Enfermedades contagiosas
  5. Información genética
  6. VIH/SIDA
  7. Salud mental
  8. Información de menores
  9. Recetas
  10. Salud reproductiva
  11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo permitiremos el uso de su información de salud según se describe aquí o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas sobre su psicoterapia. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas. Le pediremos su consentimiento por escrito para usar su información de salud en cierta correspondencia promocional. Si usted nos permite compartir su información de salud, el receptor también podría compartirla. Usted puede retirar su consentimiento. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **A pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas. Podemos permitir a sus dependientes que soliciten límites. **Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal en vez de su domicilio. Aceptaremos su pedido si la divulgación pudiera representar un riesgo para usted. Aceptamos solicitudes verbales. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación.
- **A ver o recibir una copia de cierta información de salud.** Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica. Puede pedir que su registro se envíe a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.

Copyright 2021 United HealthCare Services, Inc.

- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud está incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Envíe esta solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A recibir un informe** de la información de salud compartida en los seis años previos a su solicitud. Esto no incluirá ninguna información de salud compartida por los siguientes motivos: (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco incluirá las divulgaciones de información que la ley federal no nos exija registrar.
- **A obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web, **(www.uhccommunityplan.com).**

Cómo Ejercer sus Derechos

- **Cómo Comunicarse con su Plan de Salud. Llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al 1-877-542-9236, o TTY/RTT 711.
- **Cómo pedirnos que corrijamos o enmendemos su información de salud.** Según el lugar en donde usted viva, también puede pedirnos que borremos su información de salud. Si no podemos hacerlo, le avisaremos. En ese caso, usted puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.
- **Cómo Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo a:

  UnitedHealthcare Privacy Office
  MN017-E300
  PO Box 1459
  Minneapolis, MN 55440

- **Cómo Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección que se indica anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

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

Copyright 2021 United HealthCare Services, Inc.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

Entra en vigencia el 1 de enero de 2022

Protegemos[2] su "información financiera (financial information, "FI") personal". La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Compartir Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre Este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al 1-877-542-9236, o TTY/RTT 711.

Copyright 2021 United HealthCare Services, Inc.

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

Copyright 2021 United HealthCare Services, Inc.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional

Esta página se dejó en blanco de manera intencional

Solicitud de Cambio de Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

Su proveedor de cuidado primario es la principal persona que le proporciona cuidado de la salud. ¿Necesita cambiar de proveedor de cuidado primario? La página 6 de esta guía le explica cómo cambiar de proveedor de cuidado primario.

Llene este formulario en su totalidad y envíelo por correo a:

UnitedHealthcare Community Plan, Attn: Member Services
5900 Parkwood Place
Dublin, OH 43016

Cuando elija un proveedor de cuidado primario, le enviaremos una nueva tarjeta de ID. Si no podemos procesar su solicitud, le llamaremos.

Información del Miembro

Nombre del miembro: _____
Apellido Nombre Inicial del 2.º nombre

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de ID del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____ /_____ /_____
Mes Día Año

Número de teléfono: (_____) _____
Código de área Número

Firma: _____ Fecha: _____

Opción 1 de proveedor de cuidado primario

Nombre del proveedor de cuidado primario que desea: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____
Código de área Número

Número de ID del proveedor (consulte el Directorio de Proveedores): _____

Opción 2 de proveedor de cuidado primario

Nombre del proveedor de cuidado primario que desea: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____
Código de área Número

Número de ID del proveedor (consulte el Directorio de Proveedores): _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional

Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Nombre del solicitante/receptor	Inicial del 2.º nombre	Apellido		N.º de facturación de Medicaid o número del Seguro Social
Dirección, incluido el n.º de dpto.		Ciudad	Código postal	Condado

Por medio del presente documento autorizo a la siguiente persona o compañía para que actúe como mi representante:

Nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido		Teléfono residencial
Título	Compañía			Teléfono laboral
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal

Autorizo a esta persona o compañía para que me represente con respecto a:

☐ Asistencia alimentaria ☐ Asistencia de dinero en efectivo ☐ Medicaid ☐ Cuidado de niños

Esta autorización dura hasta:

☐ Que mi solicitud sea aprobada
☐ Que yo rescinda esta autorización, o nombre a un nuevo representante
☐ Otra (especifique una fecha o acción) _____

Autorizo a esta persona o compañía para que haga lo siguiente en mi nombre:

☐ Realice las acciones que sean necesarias para garantizar que yo reciba o siga recibiendo los beneficios indicados anteriormente

O solamente las acciones específicas elegidas a continuación

☐ Presente mi solicitud de beneficios ☐ Me represente en una audiencia estatal
☐ Presente verificaciones ante el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado en mi nombre
☐ Recopile mis registros médicos
☐ Reciba y responda las copias de toda la correspondencia relacionada con mi solicitud
☐ Otra (especifique)_____
_____

Mientras esta autorización esté en vigencia, todos los avisos enviados por el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado o el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio también se enviarán a su representante autorizado.

Firmas. Este formulario no tendrá validez a menos que esté firmado por la persona que concede la autorización y por el representante autorizado o un empleado de la compañía designada como representante autorizado.

Firma de la persona que concede la autorización		Fecha
Firma del Representante Autorizado	Título *(si es empleado de la compañía autorizada)*	Fecha

Esta página se dejó en blanco de manera intencional

Formulario de queja formal y apelación

Nombre del miembro: _____ N.º de ID: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Números de teléfono: _____

Si desea presentar una queja formal sobre un servicio que recibió, o apelar una decisión que se tomó sobre su cobertura, llene este formulario. Describa el problema en detalle. Incluya los nombres, las fechas y los lugares de los servicios. Si es necesario, use el lado de atrás. Firme y feche este formulario. Luego envíelo a la dirección que se indica a continuación.

Le avisaremos que recibimos este formulario, y lo que puede esperar después. También puede encontrar más información en su Guía para Miembros.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma: _____ Fecha: _____

Quejas formales de la Parte C y D y apelaciones de la Parte C:
UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 6103, MS CA124-0187
Cypress, CA 90630-0023

Fax para proceso rápido: 801-994-1349
Fax para proceso estándar: 801-994-1082

Apelaciones de la Parte D:
UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Part D Standard Appeals
P.O. Box 6103, MS CA124-0197
Cypress, CA 90630-0023

Fax para presentar apelaciones de la Parte D: 877-960-8235

United Healthcare Community Plan | MyCareOhio Connecting Medicare + Medicaid

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Ohio Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.

Usted puede obtener esta información sin costo en otros idiomas. Llame al **1-877-542-9236**, TTY **711**. La llamada es gratuita.

You can get this information for free in other languages. Call **1-877-542-9236**, TTY **711**. The call is free.

CSOH20MC4780032_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional

Esta página se dejó en blanco de manera intencional

Esta página se dejó en blanco de manera intencional