



Bienvenido a la comunidad

Manual para Miembros de Hoosier Care Connect

**United
Healthcare
Community Plan**

Tabla de contenido

Empezando	5
Lista de verificación para miembros nuevos	5
Su guía de referencia rápida de Hoosier Care Connect	6
Números de teléfono importantes	8
Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan	10
Cómo funciona nuestro plan de salud	10
Tarjeta de identificación de miembro	11
Servicios para Miembros	13
Descubra su plan en internet	14
Aplicación móvil	14
Línea de Enfermeras (NurseLine)	15
Renueve su cobertura	15
Miembros nativos americanos	15
Lo primero que usted debe de saber	16
¿Cómo puedo participar en mi atención médica?	16
Servicios culturalmente competentes	17
Materiales en formatos alternativos	17
Servicios de interpretación	17
Elija a su Proveedor médico primario (PMP)	18
Para cambiar PMP	19
Cómo obtener atención médica regular	20
Cómo obtener atención especializada – Referencias	21
Servicios de autorreferencia	22
Proveedores por fuera de la red	25
Cuidados médicos de emergencia	25
Atención médica fuera de las horas de trabajo/ Atención médica de urgencia	27
Servicios de crisis de salud conductual	28
Telesalud (visitas virtuales)	29
Cuidados médicos fuera de Indiana	29

2 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN),
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Servicios y beneficios cubiertos	30
Servicios cubiertos	30
Servicios que no están cubiertos	33
Otros programas ofrecidos por el estado de Indiana	33
Copagos	34
Costos compartidos	34
¿Puede un proveedor facturarme?	35
Transporte	35
Nuestros programas	37
Centro de participación del cliente	37
Coordinación de los cuidados	38
Personas con necesidades especiales	39
Miembros de acogida temporal	39
Para dejar de usar el tabaco y productos para vapear	40
Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)	41
Cuidados para adultos	45
Cuidados de la visión	49
Cuidados dentales	50
Necesidades sociales	50
Otros programas para ayudarlo a mantenerse saludable	51
Farmacia	54
Para obtener sus medicamentos de receta	54
Previa autorización	55
Administración de la terapia con medicamentos	55
El programa de opciones correctas (Right Choices)	56
Servicios de salud conductual	57
Beneficios del tratamiento para la salud mental y por el uso de sustancias	58
Para hacer una cita de salud conductual	59
Recursos y apoyo	60

Procedimientos del plan	61
Proceso de autorización previa	61
Otros seguros	62
Nuevos tratamientos médicos	63
Programa de incentivos para proveedores	63
Quejas y reclamaciones de los miembros	63
Notificación de determinación adversa de beneficios	64
Apelaciones	65
Directivas anticipadas	68
Fraude, desperdicio y abuso	69
Cambios de vida	70
Cambio de planes de salud	70
Transición de la atención médica si cambia de plan	71
Recomendaciones para cambios	71
Otros detalles del plan	72
Derechos y responsabilidades de los miembros	72
Recursos comunitarios	75
Definiciones del plan de salud	77
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	82

Empezando

Lista de verificación para miembros nuevos

Como nuevo miembro, usted recibirá varios correos importantes de UnitedHealthcare Community Plan. A continuación, se incluye una lista de verificación creada para ayudarlo a aprovechar al máximo sus beneficios y cobertura de Hoosier Care Connect.

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4363**, TTY **711**, si necesita ayuda para completar alguna de estas tareas.

✓	Tarea	Notas
	Regístrese para obtener su cuenta del portal en línea	Visite myuhc.com/CommunityPlan/IN para registrarse.
	Complete su encuesta de necesidades de salud	Si realiza la encuesta durante los primeros 90 días como miembro nuevo, obtendrá una tarjeta de regalo por \$50. Hay tres maneras para realizar la encuesta: <ul style="list-style-type: none">• Acceda a la encuesta a través de su cuenta de portal en internet• Complete un formulario en papel. Este formulario le llegará por correo e incluye su tarjeta de identificación como miembro. Hay un sobre con el porte pagado con ese paquete para que no tenga que pagar el franqueo cuando devuelva la encuesta.• Si no tiene acceso a internet o no ha recibido su tarjeta de identificación de miembro por correo, puede completar la encuesta por teléfono con Servicios para Miembros
	Obtenga la aplicación UnitedHealthcare	Descargue la aplicación UnitedHealthcare en su teléfono inteligente o tableta Apple® o Android® para mantenerse conectado.

✓	Tarea	Notas
	Vea o imprima su tarjeta de identificación como miembro	<p>Si tiene su tarjeta de identificación como miembro, verifique que sus datos estén correctos. Si parte de la información es incorrecta, llame a Servicios para Miembros.</p> <p>Si no ha recibido su tarjeta de identificación de miembro por correo, puede imprimir una en internet usando su cuenta del portal.</p>
	Elija o cambie a su PMP (Proveedor Médico Primario)	Elija a un proveedor registrado de Hoosier Care Connect. Usted puede seguir este enlace directamente en la función de búsqueda de doctores: https://www.uhccommunityplan.com/IN
	Haga una cita con su PMP	Su PMP es el doctor principal que usted consulta. Cuando ve al mismo PMP a lo largo del tiempo, es más fácil desarrollar una relación con ellos. Su PMP está disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para abordar sus inquietudes de salud.
	Conéctese con su Defensor de Servicios para Miembros (MSA)	¿Tiene problemas con alguna de estas tareas de la lista de tareas pendientes? Su MSA está aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros para conocer su MSA. Esta es su principal persona de apoyo mientras sea usted uno de nuestros miembros.

Su guía de referencia rápida de Hoosier Care Connect

Yo quiero:	Usted puede contactar a:
Encontrar a un doctor, especialista o servicio de atención médica	Su proveedor médico primario (PMP). Si necesita ayuda para elegir a su PMP, llame a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 .
Obtener la información de este manual en otro formato o idioma	Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 .
Obtener transporte hacia y desde mis citas de atención médica	Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 . También puede encontrar más información sobre los servicios de transporte en este manual.

Yo quiero:	Usted puede contactar a:
Obtener ayuda para trabajar con mi estrés o ansiedad.	Llame al 911 si está en peligro o necesita atención médica inmediata. Línea directa para crisis de salud conductual las 24 horas, los 7 días de la semana al 1-800-832-4643 .
Obtener respuestas a preguntas o inquietudes básicas sobre mi salud, síntomas o medicamentos.	Su PMP. También puede comunicarse con NurseLine 24/7 al 1-866-801-4407.
Entender una carta o una notificación acerca de mi atención médica.	Su Defensor de Servicios para Miembros (MSA). Para conectarse con su MSA, llame a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 .
Obtener ayuda con las necesidades sociales. Estas son cosas como alojamiento, conseguir comida todos los días, ir al supermercado o sentirse seguro.	Su Defensor de Servicios para Miembros (MSA). Para conectarse con su MSA, llame a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 .
Actualizar mi dirección	Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA). Llame al 1-800-403-0864 o visite una oficina local. Puede encontrar una lista de ubicaciones de oficinas aquí: https://www.in.gov/fssa/dfr/
Encontrar un directorio de proveedores u otra información general sobre mi plan de salud	En internet en UHCCommunityPlan.com
Reemplazar una tarjeta de identificación como miembro perdida	En internet en myuhc.com/CommunityPlan/IN para imprimir una nueva tarjeta. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 .
Informar a mi plan de salud cómo quiero que me contacten (correo, correo electrónico)	En internet en myuhc.com/CommunityPlan/IN . O llame a su Defensor de Servicios para Miembros (MSA). Para conectarse con su MSA, llame a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 .
Comunicarse con el agente de inscripción estatal (para cambiar de plan de salud, para hacer preguntas durante la inscripción abierta)	Maximus por teléfono al 1-866-963-7383 .

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com/IN,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

Números de teléfono importantes

Hay muchos recursos mencionados en este manual. A continuación, se incluye una lista de algunos números de teléfono importantes para su progreso en la atención médica como miembro de Hoosier Care Connect:

Emergencias (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

Emergencias médicas	911
Línea de crisis de la salud conductual	1-800-832-4643, TTY 711
Centro Nacional de Control de Envenenamientos	1-800-222-1222
Línea de vida nacional para la prevención del suicidio	1-800-273-8255
Línea de ayuda para personas mayores	1-602-264-4357

Recursos de UnitedHealthCare Community Plan

Servicios para Miembros	1-800-832-4643, TTY 711 (8:00 a.m.–8:00 p.m. EST, de lunes a viernes)
Línea de enfermeras	1-866-801-4407 (las 24 horas del día, los 7 días de la semana consejos de salud de una enfermera)
Transporte médico (llame 2+ días hábiles antes)	1-800-832-4643, TTY 711
Administración médica/Autorización previa	1-800-832-4643, TTY 711
Línea de ayuda para vivir y trabajar mejor en el abuso de sustancias	1-855-780-5955

Recursos del estado de Indiana

Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA)	1-800-403-0864
Línea para dejar de fumar (y vapear) de Indiana	1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)
Programa para mujeres, bebés y niños (WIC)	1-800-522-0874
Maximus (Agente de inscripción)	1-866-963-7383

Sus detalles personales

Mi número de identificación de UnitedHealthcare Community Plan es: _____

Asegúrese de completar los espacios en blanco para tener estos números listos. Utilice los espacios en blanco de la cuadrícula para enumerar los especialistas u otros números importantes que usted necesite.

Contacto	Nombre	Número de teléfono
Defensor de Servicios para Miembros		
Administrador de cuidados		
Proveedor Médico Primario (PMP)		
Farmacia		
Proveedor de salud conductual		
Dentista		
Oftalmólogo		

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

Estamos contentos de tenerlo como miembro. Esperamos poder atender sus necesidades de atención médica. UnitedHealthcare Community Plan es su plan de salud. Le ayudaremos a obtener toda la atención y los servicios médicos que usted necesite. Debe solicitar y recibir atención de un doctor o proveedor de salud que esté registrado con el Indiana Health Coverages Program (IHCP). Su proveedor médico primario (PMP) será parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan.

UnitedHealthcare Community Plan es un contratista de Hoosier Care Connect. Hoosier Care Connect es un programa de Medicaid. Fue creado por la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana (FSSA). Este programa sirve a individuos que son de edad madura, ciegos o discapacitados, incluyendo a los niños y los pupilos del estado.

Este Manual para Miembros le ayudará a encontrar servicios y comprender cómo funciona nuestro plan de salud. También le proporcionaremos valiosos recursos

Cómo funciona nuestro plan de salud

Uno de los primeros pasos para conocerlo y comprender sus necesidades es recopilar una breve encuesta de necesidades de salud. Nuestro objetivo es ayudarle a comprender su cobertura, conectarlo con recursos y responder a cualquier pregunta que usted tenga.

Podrá conocer a su Defensor de Servicios para Miembros. Dependiendo de sus necesidades a largo plazo, también puede comunicarse con un Administrador de atención. Usted, su doctor y nuestro equipo trabajan juntos en un plan de atención médica. Después, el Administrador de atención programará llamadas telefónicas de seguimiento y visitas domiciliarias para satisfacer sus necesidades. Usted es responsable de trabajar con su doctor, conocido como su PMP. Un proveedor médico primario (PMP) es su doctor. Ellos se encargan de su tratamiento médico. Su PMP también puede referirlo a un especialista. Su PMP trabaja con usted para administrar su atención. Hable con su PMP sobre todas sus necesidades de atención médica.

Es importante que usted tenga una comunicación honesta y directa con su PMP y que siga las instrucciones de su PMP. Su PMP podrá identificar los servicios que necesita para mantenerse saludable.

10 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com/IN,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Un paso importante para estar sano y mantenerse saludable es elegir a un Proveedor médico primario (PMP). Llámenos lo antes posible para confirmar su PMP. Si no tiene uno, lo ayudaremos a encontrar uno. Y comience a aprender más acerca de su nuevo plan de salud Hoosier Care Connect.

Tarjeta de identificación de miembro

Cuando se inscribe en nuestro plan, usted recibirá una tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Su tarjeta de identificación es la clave para obtener servicios de atención médica, incluyendo los de la salud conductual. La tarjeta tiene su número de identificación, su nombre y otra información importante. Su tarjeta de identificación lo identifica como miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Si usted cambia de proveedor médico primario (PMP), le enviaremos una nueva tarjeta. Es importante desechar su tarjeta anterior cuando obtenga la nueva.




Cuando reciba su tarjeta, revísela cuidadosamente. Llame a Servicios para Miembros de inmediato si la información de su tarjeta es incorrecta. Puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Consejos rápidos

- Su tarjeta de identificación es solo para su uso personal. No deje que otros la usen.
- Siempre lleve su tarjeta de identificación cuando la necesite. Guárdela en un lugar seguro.
- No pierda su tarjeta ni la tire
- Usted necesitará su tarjeta cuando reciba atención médica o cuando obtenga medicamentos en la farmacia
- El uso indebido de su número de identificación médica, así como prestar o vender la tarjeta o la información que contiene, es ilegal
- El uso indebido de su tarjeta o número de identificación médica puede resultar en acciones legales y usted podría perder su elegibilidad, beneficios y servicios de atención médica de Medicaid

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

- Si usted nota que otras personas obtienen beneficios para los que no son elegibles o que alguien hace un mal uso de la tarjeta de identificación médica, infórmenos de inmediato. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**. Los Programas de Cobertura de Salud de Indiana (IHCP) también tienen una manera para informar acerca de problemas. La línea de inquietudes de proveedores y miembros de IHCP es 1-800-457-4515. Usted puede enviarles un correo electrónico a program.integrity@fssa.in.gov.
- Usted debe llamar a la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana (FSSA) al 1-800-403-0864 o UnitedHealthcare Community Plan para informar acerca de cualquier proveedor que usted piense que puede estar brindando servicios a los miembros que no son necesarios o que no deberían brindarse

 Health Plan (80840) 911-87726-04 Member ID: A999999991 Member: NEW M ENGLISH PMP Name: DOUGLAS GETWELL PMP Phone: (717)851-6816 Copays may apply: Transportation: \$1 one-way Non-emergency ER: \$3 0501	 Group Number: INHCC Payer ID: 87726  Rx Bin: 610494 Rx Grp: ACUIN Rx PCN: 4841 Copay May Apply: \$3 Hoosier Care Connect Administered by UnitedHealthcare of Indiana, Inc.
---	--

Frente

Emergency Room Copay May Apply. Printed: 11/13/2020	
	
In an emergency go to the nearest emergency room or call 911. To verify benefits or to find a provider, visit the website www.myuhc.com/communityplan or call.	
For Members:	800-832-4643 TTY 711
For Providers:	UHCprovider.com/Incommunityplan 877-610-9785
Medical Claims: PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240	
Pharmacy Claims:OptumRx, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334	For Pharmacists: 866-215-5046

Atrás

¿Perdió su tarjeta de identificación de miembro?

Si usted o un miembro de su familia pierden una tarjeta, puede imprimir una nueva en myuhc.com/CommunityPlan/IN. Si usted necesita que le envíen una nueva tarjeta, llame a Servicios para Miembros.

12 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com/IN, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Servicios para Miembros

El Departamento de Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo con sus preguntas y para informarle cómo puede renovar su cobertura. Ellos pueden:

- Responder preguntas acerca de sus beneficios de salud física y conductual
- Ayudar a resolver un problema o inquietud que pueda tener con su doctor o con cualquier parte del plan de salud
- Ayudarlo a encontrar un doctor o dentista
- Informarle acerca de nuestros doctores, sus antecedentes y los centros de atención de nuestra red
- Ayudarlo si recibe una factura médica
- Informarle sobre los recursos comunitarios disponibles para usted
- Ayudarlo si habla otro idioma, tiene problemas de visión, necesita servicios de interpretación o servicios de lenguaje de señas
- Ayudarlo a conectarse con su Defensor de Servicios para Miembros y/o Administrador de atención
- Ayudarlo a responder a otras preguntas que usted pueda tener
- Proporcionarle una copia del manual para miembros sin costo alguno para usted

Los servicios para ayudarlo a comunicarse con nosotros se brindan sin costo para los miembros, como otros idiomas, braille o letra grande o usted puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. EST, de lunes a viernes.

Cuando usted nos llame ...

Nosotros le haremos algunas preguntas para comprobar su identidad. Hacemos esto para proteger su privacidad. Ésta es la ley federal y estatal. Reúna la siguiente información antes de llamar:

- Número de identificación como miembro
- Dirección actual y número de teléfono en el archivo de FSSA (Administración de Servicios Sociales y Familiares)
- Fecha de nacimiento

Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo

Llame al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. EST, de lunes a viernes, excluyendo los días feriados.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com/IN, 13
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Descubra su plan en internet

Vaya a myuhc.com/CommunityPlan/IN para registrarse y obtener acceso a su cuenta en internet. El sitio en internet mantiene toda su información médica en un solo lugar. El registro es fácil y rápido. ¡Regístrese hoy mismo! Simplemente visite myuhc.com/CommunityPlan/IN. Seleccione “Registrarse” en la página de inicio. Siga las sencillas indicaciones. Está a solo unos clics para tener acceso a todo tipo de información. Obtenga más de su atención médica.

Muy buenas razones para usar myuhc.com/CommunityPlan/IN

- Busque a un doctor
- Busque un hospital
- Obtenga acceso a aplicaciones gratuitas
- Mantenga un registro de su historial médico
- Aprenda a mantenerse saludable
- Busque sus beneficios
- Imprima una tarjeta de identificación
- Lleve a cabo su evaluación de necesidades de salud
- Vea su historial de reclamaciones

Aplicación móvil

Nuestra aplicación UnitedHealthcare® está disponible para usarse en su teléfono inteligente. Simplemente busque **UnitedHealthcare** en App Store o Google Play para descargar. Puede revisar los beneficios de salud, acceder a información acerca de reclamaciones, localizar doctores y más.

Línea de Enfermeras (NurseLine)

Nuestra Línea de Enfermeras le brinda acceso telefónico las 24 horas del día, los 7 días de la semana a enfermeras registradas con experiencia. Ellas pueden brindarle información, apoyo y educación para cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud. Llame a NurseLine al 1-866-801-4407, TTY 711.

Nuestra NurseLine puede responder a sus preguntas y ayudarlo a tomar una decisión informada si usted debe llamar a su doctor, visitar un centro de atención médica de urgencia o ir a una sala de emergencias (ER). Si NurseLine le indica que vaya a una sala de emergencias, a esto se le llama exención. No se le cobrará un copago de \$3 si obtiene una exención antes de ir a una sala de emergencias.

Renueve su cobertura

Si usted desea conservar sus beneficios, debe renovar su Medicaid. Para algunos miembros de Hoosier Care Connect se requiere una redeterminación anual. Antes del vencimiento, la Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA) le enviará por correo un recordatorio de “Notificación de Renovación”, que puede solicitarle información. Lea atentamente las instrucciones que vienen con su formulario de renovación. Es posible que deba firmar el formulario y devolverlo con cierta información; o es posible que usted solo necesite revisar el formulario e informar si algo en la información ha cambiado (si todo es correcto, no tendrá que responder). Usted debe seguir siendo elegible para Medicaid para poder permanecer en el programa Hoosier Care Connect.

Aquí hay algunas excepciones. Estos grupos tienen renovación automática de Hoosier Care Connect.

- Beneficiarios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) inscritos en Hoosier Care Connect
- Jóvenes en cuidados de crianza y bajo la tutela del Estado

Miembros nativos americanos

Los nativos americanos/nativos de Alaska pueden optar por no participar en Hoosier Care Connect y regresar a los beneficios de pago por servicio (a veces llamados Medicaid tradicional). Esto se hace solicitándolo. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Lo primero que usted debe de saber

¿Cómo puedo participar en mi atención médica?

Participe en su atención médica visitando a su PMP con frecuencia. Usted participará en las decisiones acerca de su atención. Le enviaremos boletines con información útil acerca de la atención médica. También nosotros le informaremos acerca de cosas nuevas que sucedan con su plan.

Además, nosotros podemos enviarle encuestas acerca de su salud y UnitedHealthcare Community Plan. Completar estas encuestas es otra forma de participar en su atención médica.

Aproveche estos materiales

Nosotros queremos que usted se sienta en control de su salud y de su atención médica. Tenemos muchos folletos que pueden ser de ayuda. Incluyendo:

- **Atención preventiva** — Recordatorio de servicios preventivos, vacunas, exámenes de detección de glaucoma
- **Condiciones crónicas** — Asma, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, control de la presión arterial, estenosis espinal, demencia, depresión, arritmia, enfermedad vascular periférica, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, cuidado de los pies neuropáticos
- **Formas de mantenerse segura el área donde vive**
- **Folleto *Usted puede dejar de fumar***
- **Información acerca de la vacunación contra la gripe y la neumonía** — Signos y síntomas de la gripe, Cómo cuidarse de la gripe, Guía acerca de la gripe — preguntas y respuestas, folleto de ***No más excusas***

Para obtener folletos, comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros o Administrador de atención. También puede revisar su plan de atención en myuhc.com/CommunityPlan/IN.

Servicios culturalmente competentes

El cuidado culturalmente competente es tener conocimientos y habilidades para obtener resultados positivos. Esto incluye idioma, estilos de vida, valores, creencias y actitudes. Solicite materiales traducidos o impresos culturalmente sensibles en formatos alternativos, como braille que se le proporcionarán sin costo alguno para usted. Comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Materiales en formatos alternativos

Las ayudas auxiliares son servicios o dispositivos que ayudan a las personas con discapacidades sensoriales, manuales o del habla a tener la misma oportunidad de participar en el plan de salud. Se proporcionan sin costo para usted cuándo lo solicita. Estos formatos alternativos incluyen: Materiales con letra grande, braille, materiales en otros idiomas y materiales en formatos de audio o electrónicos. Llame a su Defensor de Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Servicios de interpretación

Si el inglés no es su idioma principal, nosotros podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno para usted. Llame a su Defensor de Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Si usted es sordo o tiene problemas de audición, podemos proporcionarle un intérprete de lenguaje de señas americano sin costo para usted. Llame a su Defensor de Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

También puede encontrar a un proveedor que hable otros idiomas además del inglés. Pregúntele a su Defensor de Servicios para Miembros si necesita ayuda para elegir su proveedor médico primario (PMP).

Elija a su Proveedor médico primario (PMP)

Un paso importante para recuperarse y mantenerse saludable es elegir a un proveedor médico primario (PMP). Este es su doctor principal con el que usted consulta para los chequeos anuales. Su PMP puede referirlo a especialistas. Este proveedor debe conocer todos los medicamentos que usted toma y cualquier servicio que usted reciba.

Su PMP puede ser cualquiera de los siguientes:

- Doctor general o de familia
- Doctor de medicina interna
- Enfermera especializada o enfermera clínica
- Asistente médico
- OB/GYN o enfermera partera, para mujeres
- Pediatra, para niños menores de 18 años

Si su PMP actual es un PMP de UnitedHealthcare Community Plan, no es necesario que elija un nuevo PMP. Si su PMP actual NO funciona con UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643** para obtener ayuda para elegir un PMP. Consulte la lista de PMP de UnitedHealthcare Community Plan. Si usted no elige un PMP, se le asignará uno. Después le informaremos el nombre, la dirección y el número de teléfono de su PMP.

Usted debe elegir un PMP que esté en nuestra red de proveedores. Una red de proveedores es un grupo de proveedores que contrata a UnitedHealthcare Community Plan para brindar servicios. Usted puede utilizar la función de búsqueda de doctores en internet, que es una herramienta de búsqueda de proveedores para encontrar a un doctor, hospital, otro proveedor o un centro de atención médica. La herramienta le permite buscar por categorías específicas. Puede seguir en este enlace directamente a la función de búsqueda de doctores: <https://www.uhccommunityplan.com/IN>.

Usted puede encontrar información adicional acerca de un proveedor de la red para lo siguiente:

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
- Cualificaciones profesionales y especialidad
- La certificación y el estado de la junta del proveedor
- Capacidades culturales y lingüísticas, incluidos los idiomas que ofrece el proveedor o un intérprete médico calificado en el consultorio del proveedor
- Oficinas que se adaptan a las discapacidades físicas de los miembros mediante el uso del Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan en internet <https://www.uhccommunityplan.com/IN>

18 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

Su Defensor de Servicios para Miembros también puede ayudarle a elegir proveedores de su red de proveedores. Pueden proporcionar detalles adicionales, como a qué escuela de medicina asistió un proveedor. Si usted desea seleccionar a un proveedor según su conveniencia, ubicación o preferencia cultural, puede comunicárselo a su Defensor de Servicios para Miembros.

Usted puede recibir una copia impresa del directorio de proveedores, sin costo, comunicándose con Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Para cambiar PMP

Por lo general, es mejor quedarse con el mismo PMP. Su PMP lo conoce, tiene sus expedientes y sabe qué medicamentos usted toma. Su PMP es la mejor persona para asegurarse de que reciba una buena atención. Pudiera haber un momento en el que usted desee cambiar de PMP. Si es así, debe llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. EST, de lunes a viernes. Nosotros podemos responder sus preguntas y ayudarlo a encontrar un nuevo PMP o enviarle una lista de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan para que elija.

También usted puede utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores en [UHCommunityPlan.com](https://www.uhc.com). Su cambio de PMP ocurrirá el primer día del mes después que recibamos su solicitud.

Algunas de las razones por las cuáles usted puede cambiar a su PMP:

- Se ha mudado y necesita un PMP más cerca de su casa
- No está satisfecho con su PMP

Algunas razones por las cuáles usted no debe cambiar a su PMP:

- Solicitó un PMP que no pertenece a la red de UnitedHealthcare
- Solicitó un PMP que no acepta nuevos pacientes

Su PMP puede pedirle que se cambie a otro PMP si:

- Usted y su PMP no se llevan bien
- Usted no sigue los consejos de su PMP
- Llega tarde o no se presenta a las citas

Servicios para Miembros está aquí para ayudarle

Llame al **1-800-832-4643**, TTY **711**, 8:00 a.m.–8:00 p.m. EST, de lunes a viernes, excluyendo los días feriados del estado.

Cómo obtener atención médica regular

Su PMP y el Defensor de Servicios para Miembros o Administrador de atención trabajarán con usted para obtener la atención que necesita. Los PMP deben brindar cobertura las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si usted necesita una cita inmediata o urgente y su PMP no puede darle una, puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-832-4643**, TTY **711**, para obtener ayuda. Intente programar las visitas de PMP con la mayor anticipación posible. Su PMP atiende a muchos pacientes todos los días. Su visita al PMP ocurrirá dentro del número de días anotados a continuación.

Sí usted necesita ayuda para hacer una cita, llame a su Defensor de Servicios para Miembros.

Citas con PMP

Cuidados de urgencias:	Las citas se deben programarse tan pronto como su condición de salud lo requiera, pero no más tarde de 2 días hábiles después de la solicitud.
Cuidados de rutina:	Dentro de 21 días calendario después de solicitarlas.

Citas con especialistas, incluidas citas a especialidades dentales

Cuidados de urgencia:	Las citas deben programarse tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero no más tarde de 2 días hábiles después de la solicitud.
Cuidados de rutina:	De 45 días calendario después de solicitarlas.

Cancelación o cambio de las citas

Llame al menos 24 horas antes de su cita o lo antes posible para cancelar o cambiar citas (PMP y especialistas). Si usted pierde más de una visita sin llamar, es posible que su doctor no desee verlo nuevamente.

Las visitas del bienestar (también llamados exámenes del bienestar o chequeos) están cubiertos para todos los miembros. La mayoría de las visitas del bienestar incluyen un historial médico, examen físico, exámenes de salud, asesoramiento de salud y vacunas que sean médicamente necesarias.

Cómo obtener atención especializada – Referencias

Un especialista es un proveedor de atención médica que se ocupa de una determinada área del cuerpo.

Su PMP está a cargo de TODAS sus necesidades de atención médica cubiertas. Si necesita atención especializada, su PMP puede referirlo a un especialista o a otro doctor.

Si necesita servicios que solo se pueden brindar en el hospital, comuníquese con el PMP o el especialista que está viendo sobre ese problema. Su PMP o especialista hará todos los arreglos para su estadía en el hospital y le dará instrucciones.

Usted también puede solicitar servicios sin necesidad de una referencia y puede elegir un proveedor de la red de proveedores del plan UnitedHealthcare Community.

Para citas de atención médica especializada urgente, usted será atendido a más tardar 2 días hábiles a partir de la solicitud. Las citas de atención médica de rutina se realizan dentro de 45 días calendario posterior a la solicitud.

Si su PMP quiere que usted vea a un especialista que no tiene contrato con UnitedHealthcare Community Plan:

- El especialista debe estar registrado con el Indiana Health Coverage Programs (IHCP)
- Su PMP debe obtener la aprobación (autorización previa) de UnitedHealthcare Community Plan

Nosotros queremos estar seguros que usted vive en el mejor lugar de acuerdo a su situación. La administración de la atención médica elabora un plan con usted para satisfacer sus necesidades médicas y de atención personal. El servicio de planificación centrada en la persona es para que los Administradores de atención, los miembros y sus familias y amigos, los tomadores de decisiones de atención médica y los cuidadores trabajen en conjunto para crear e implementar un plan de servicio **motivado por usted y dirigido a las necesidades importantes de usted y para usted**. Este proceso:

- Se basa en las fortalezas, las preferencias de vida y las necesidades de apoyo
- Incluye oportunidades para actividades significativas como conexiones sociales, empleo, actividades comunitarias y voluntariado
- Promueve la independencia y la inclusión comunitaria

Lo primero que usted debe de saber

Si usted tiene preguntas, comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros o Administrador de Atención. Ellos se comunicarán con usted para ayudarlo con sus necesidades de atención médica. Ellos le pueden ayudar a:

- Elegir a un doctor (PMP)
- Obtener atención médica con su doctor
- Administrar servicios médicos
- Resolver problemas con su atención médica mediante el establecimiento de metas
- Encontrar maneras de poder vivir en casa
- Explicar las opciones de servicio y ubicación
- Obtener servicios de salud conductual

Visite nuestro sitio en internet o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener una copia del Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan sin costo para usted. Nuestro directorio contiene información acerca de cómo nuestros proveedores pueden satisfacer sus necesidades culturales, de idioma o de accesibilidad.

UnitedHealthcare Community Plan no restringe el acceso a los servicios basándose en principios morales o religiosos. Esto incluye servicios de asesoramiento o referencia. Si un proveedor se niega a proporcionar servicios que considera ser objetables por motivos morales o religiosos, nosotros le ayudaremos a obtener acceso a otro proveedor que esté dispuesto a brindar esos servicios. Para obtener ayuda, comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Los miembros que son nativos americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios de atención médica de cualquier proveedor de servicios de salud para nativos americanos o de un centro de propiedad u operación de una tribu en cualquier momento. Estos proveedores pueden referir al miembro a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

Servicios de autorreferencia

Algunos servicios están disponibles para usted sin buscar orientación de su proveedor médico primario (PMP). Usted puede consultar a cualquier proveedor que esté en la red de proveedores de Medicaid de Indiana. Esto significa que estos proveedores no necesitan estar en UnitedHealthcare Network. A continuación, se muestran esos servicios.

Beneficio de autorreferencia	Servicio cubierto
Quiropráctico	Las visitas al consultorio, las radiografías y los tratamientos físicos están cubiertos cuando usted consulta con cualquier quiropráctico de la red de Medicaid de Indiana.
Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes (autocuidado)	El entrenamiento y educación para el autocontrol de la diabetes incluye áreas como el autocontrol de la glucosa en la sangre (azúcar en sangre) o el asesoramiento acerca de medicamentos. Estos servicios pueden ser brindados por cualquier tipo de proveedor de la red de Medicaid de Indiana.
Cuidados médicos de Emergencia	<p>Las visitas a una sala de emergencias (ER) están cubiertas en cualquier hospital de la red de Medicaid de Indiana. Es posible que usted deba hacer un copago de \$3. Si usted es referido a una sala de emergencias por la línea de enfermería 24 horas de UnitedHealthcare, la línea de crisis o su proveedor médico primario (PMP), no se le cobrará un copago.</p> <p>Para conocer más detalles, vea Cuidados de Emergencia.</p>
Planificación familiar	<p>La planificación familiar cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de Papanicolaou que incluyen la detección del cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano (VPH) • Cualquier servicio para prevenir o retrasar el embarazo de forma temporal o permanente para miembros que están en edad fértil, incluidos anticonceptivos y esterilización • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y detección, pruebas y asesoramiento para miembros en riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) <p>El proveedor debe pertenecer a la red de Medicaid de Indiana.</p>
Inmunizaciones	Las vacunas (inyecciones) están cubiertas para los bebés, los niños y los adultos por cualquier proveedor de la red de Medicaid de Indiana.
Podólogo (doctor de los pies)	Las visitas al consultorio, las radiografías, los servicios quirúrgicos y los zapatos y plantillas correctivos están cubiertos cuando usted consulta con cualquier podólogo de la red de Medicaid de Indiana.

Lo primero que usted debe de saber

Beneficio de autorreferencia	Servicio cubierto
Servicios psiquiátricos	Los servicios de evaluación y asesoramiento están cubiertos cuando los ofrece cualquier psiquiatra de la red de Medicaid de Indiana.
Cuidados de urgencia	Las visitas de atención médica de urgencia están cubiertas en cualquier centro de la red de Medicaid de Indiana. Consulte Atención médica fuera del horario de atención/Atención de urgencia para obtener más información.
Cuidados de la visión (ojos)	Los exámenes de rutina de la visión y los anteojos (armazones y lentes) están cubiertos cuando usted consulta con cualquier proveedor de la visión de la red de Medicaid de Indiana. Para obtener más detalles, consulte Cuidados de la visión .

Los servicios de la siguiente tabla se consideran como autorreferencias. Usted debe consultar a un proveedor que pertenezca a UnitedHealthcare Network para obtener estos servicios.

Beneficios de autorreferencia	Servicio cubierto en la red
Dentales de rutina	Beneficios dentales de rutina incluyen, pero no están limitados a: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y limpiezas • Restauraciones (empastes) • Cirugía oral (extracciones) • Endodoncia (tratamientos de conductos) Ortodoncia (frenos) y servicios dentales de emergencia no se consideran servicios de rutina. Para obtener más información, consulte Cuidados dentales
Servicios de salud conductual	Los servicios de salud conductual incluyen tratamiento de salud mental y por el uso de sustancias cuando son proporcionadas por un proveedor de salud mental (no por un psiquiatra). Para obtener más información, consulte Salud conductual .

24 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Proveedores por fuera de la red

Si usted elige consultar con un proveedor que no tiene contrato con UnitedHealthcare Community Plan, deberá verificar que el proveedor esté registrado con el IHCP, muéstrole su tarjeta de identificación al proveedor y asegure que el proveedor obtenga una autorización previa para que se le presten los servicios. Para que se paguen los servicios, el proveedor debe obtener nuestra autorización previa. También podemos ayudarle a:

- Hacer una cita o verificar el estado de un proveedor
- Encontrar a un proveedor si no hay ninguna opción en nuestra red dentro de las 60 millas de donde vive

Cuidados médicos de emergencia

Una emergencia es una afección médica con síntomas tan graves que usted puede pensar razonablemente que de no recibir atención médica de inmediato puede poner en peligro su vida o causar graves daños a usted o a su feto.

Sí usted tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana. Si usted tiene una emergencia, no se le cobrará el copago de \$3 dólares.

No se requiere autorización previa para la atención de emergencia. Usted tiene derecho a ir a una sala de emergencias de cualquier hospital o a otro lugar para recibir servicios de emergencia, como un centro de atención de urgencia, cuando el consultorio de su doctor está cerrado.

No todos los problemas de salud son emergencias. Algunas razones para llamar al 911 o ir a una sala de emergencias incluyen:

- Pérdida repentina de la sensibilidad o no poder moverse
- Dolor en el pecho
- Dolor severo en el área del estómago
- Envenenamiento
- Un accidente grave
- Falta de aire severa
- Quemaduras severas
- Herida grave o sangrado abundante
- Daños a sus ojos
- Espasmos/convulsiones graves

Lo primero que usted debe de saber

- Huesos rotos
- Asfixia o no poder respirar
- Vomitar (regurgitar) sangre
- Fuerte sentimiento de que podría lastimarse a sí mismo o a otra persona
- Desmayarse o perder el conocimiento sin motivo (no se despierta)
- Peligro de perder la vida o una extremidad
- Pérdida del habla

Si usted no está seguro que se trate de una emergencia real o si tiene preguntas acerca de si su situación requiere de tratamiento en un centro de atención de urgencia o en una sala de emergencias, llame a su PMP o a NurseLine al **1-866-801-4407**. NurseLine está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. NurseLine le dará consejos acerca de si usted debe visitar una sala de emergencias.

Si usted va a una sala de emergencias, muestre TODAS las tarjetas de identificación cuando llegue. Llame a su PMP y al Defensor de Servicios para Miembros o al Administrador de atención dentro de 2 días/48 horas, o tan pronto como sea posible. Su PMP le brindará cualquier atención médica de seguimiento. Usted debe ver a su PMP dentro de los 7 días posteriores a ser dado de alta del hospital.

Si usted recibe servicios de emergencia, pida al hospital o al doctor que envíen sus expedientes a su PMP. Si usted va a una sala de emergencias, informe que:

- Usted es un suscriptor en Hoosier Care Connect
- Su plan de salud es UnitedHealthcare Community Plan
- Deben enviar sus registros médicos a su PMP

Si no puede hacerlo usted mismo, pídale a un amigo o familiar que lo haga.

Cuándo usted no debe emplear una sala de emergencias

La mayoría de las enfermedades no son emergencias y pueden recibir tratamiento en el consultorio de su doctor. Usted también puede recibir tratamiento en un centro de atención médica de urgencia. Usted no debe usar una sala de emergencias si tiene alguno de estos problemas menores:

- Un esguince o torcedura
- Un corte o raspado
- Un dolor de oído
- Dolor de garganta
- Tos o resfriado
- Una quemadura o sarpullido leve

Tenga en cuenta que puede tener un copago de \$3 si utiliza la sala de emergencias por un motivo que no sea de emergencia, tales como un esguince o torcedura, un corte o raspadura, dolor de oído, dolor de garganta, tos o resfriado, una quemadura leve o sarpullido. Si no está seguro de si necesita ir a la sala de emergencias, llame a su Proveedor médico primario (PMP) o línea de enfermería al **1-866-801-4407**, que está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Si su PMP o NurseLine le indica que vaya a una sala de emergencias, a esto se le llama exención. No se le cobrará un copago de \$3 si obtiene una exención antes de ir a una sala de emergencias.

Atención médica fuera de las horas de trabajo/ Atención médica de urgencia

Si no es una emergencia, pero su PMP (Proveedor médico primario) no está disponible, usted puede obtener servicios en un centro de atención médica de urgencia.

Si no está seguro que sus síntomas son potencialmente mortales:

- Comuníquese con la NurseLine al **1-866-801-4407**, TTY **711** las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año
- Llame a su PMP

Visite UHCCommunityPlan.com/IN para conocer una lista de los centros de atención urgente dentro de la red.

Servicios de crisis de salud conductual

¿Qué pasa si estoy experimentando una crisis de salud conductual?

Si usted está experimentando una crisis de salud conductual o por el abuso de sustancias, es importante que obtenga ayuda de inmediato. Recuerde, siempre debe llamar al 911 si está experimentando una situación de emergencia médica, policial o de incendios.

Línea de crisis:

Si usted está experimentando una crisis de salud conductual o por el abuso de sustancias, llame al **1-800-832-4643**, TTY **711**. La línea de crisis está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Las llamadas de crisis son respondidas por un especialista capacitado en crisis, en vivo.

Líneas directas nacionales de crisis las 24 horas:

Teléfono:

Línea nacional de vida para la prevención del suicidio **1-800-273-8255 (TALK)**
(National Suicide Prevention Lifeline)

Línea nacional directa para problemas y desórdenes por el uso
de sustancias (National Substance Use and Disorder Issues)

Línea para referencias y tratamiento **1-800-662-4357 (HELP)**

Texto:

Texte la palabra **“HOME” a 741741**

Charla: <https://suicidepreventionlifeline.org/chat>

Internet: <https://suicidepreventionlifeline.org>

Línea de apoyo para personas mayores: Las 24 horas línea de apoyo **602-264-4357**

Telesalud (visitas virtuales)

Hay muchas razones por las cuales es difícil llegar a su doctor. La telesalud es una forma de ser atendido por su doctor sin tener que salir de casa. Si usted tiene un alto riesgo debido a razones de salud, hable con el consultorio de su doctor. Es posible que usted pueda tener una visita por telesalud. Esto también se llama visita virtual al consultorio. Lo puede hacer comodamente desde su hogar.

Esta opción generalmente requiere tener acceso a un teléfono celular que incluya video y un plan de datos. Si no tiene un plan de datos ilimitado, pueden aplicarse tarifas de uso.

También tenemos una solución de visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamada Dr. Chat. Puede hablar con un proveedor de atención médica en internet para preguntar acerca de las necesidades de atención médica de urgencia si su PMP no está disponible. Obtenga más información en UHCdoctorchat.com. Algunas de las razones para usar Dr. Chat incluyen:

- Piensa que tiene gripe
- Tiene problemas con sus alergias
- Es posible que tenga conjuntivitis

Cuidados médicos fuera de Indiana

Si usted se encuentra fuera de la ciudad y necesita una aprobación para recibir atención médica, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**.

Si tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana. Para cualquier cosa que no sea una emergencia, deberá obtener una aprobación previa. Consulte la sección **Autorización previa para servicios** para obtener más información.

Servicios y beneficios cubiertos

Servicios cubiertos

Estos son muchos de los servicios cubiertos de Hoosier Care Connect que puede recibir si son médicamente necesarios. Su PMP o especialista primario lo ayudará a decidir si los necesita. Si recibe servicios que no están cubiertos por Hoosier Care Connect, es posible que usted deba pagarlos.

Si un proveedor le pide que firme un documento que explica que un servicio no está cubierto, a esto se le llama exención. Esto significa que el servicio es algo por lo que usted deberá pagar. El proveedor debe otorgarle una exención antes de que usted acepte recibir ese servicio. El formulario tendrá información acerca del servicio que no está cubierto y el costo de ese servicio.

Beneficio	Cobertura
Ambulancia, terrestre y aérea	Cubierto
Salud conductual (salud del mental, ayuda con el consumo de alcohol o drogas)	Cubierto
Cuidados de quiropráctico	Cubierto Para conocer más detalles, vea Servicios autorreferidos .
Atención médica continua después de una hospitalización (post-estabilización)	Cubierto
Cuidados dentales	Cubierto Para conocer más detalles, vea Servicios autorreferidos .
Tratamiento y evaluación del retraso en el desarrollo	Cubierto
Autocontrol de la diabetes	Cubierto Para conocer más detalles, vea Servicios autorreferidos .

Servicios y beneficios cubiertos

Beneficio	Cobertura
Tiras de diabetes, equipo de control de azúcar en la sangre	Cubierto
Pruebas de diagnóstico, como una tomografía computarizada o una resonancia magnética	Cubierto
Sala de emergencia	Cubierto, se requiere un copago de \$3 si no se trata de una emergencia Para conocer más detalles, vea Transporte .
Cuidados de la visión (Óptica)	Cubierto Para conocer más detalles, vea Servicios autorreferidos .
Audífonos	Cubierto (cada 5 años)
Cuidados de salud en el hogar	Cubierto
Cuidados de hospicio	Cubierto
Hospitalización	Cubierto
Inmunizaciones	Cubierto Para conocer más detalles, vea Servicios autorreferidos .
Laboratorios y rayos X	Cubierto
Servicios de maternidad	Cubierto
Equipos médicos y suministros	Cubierto
Visitas al consultorio	Visitas a un: <ul style="list-style-type: none"> • PMP (Proveedor médico primario) • Especialista (para adultos y niños) • OB/GYN (para mujeres)

Servicios y beneficios cubiertos

Beneficio	Cobertura
Ortesis: Aparatos ortopédicos para las piernas, zapatos ortopédicos, prótesis	Cubierto
Cirugías para pacientes ambulatorios y atención médica de seguimiento	Cubierto
Terapia física Terapia ocupacional Terapia del lenguaje Terapia respiratoria	Cubierto en un consultorio, un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o para pacientes hospitalizados
Administración de medicamentos de receta y terapia con medicamentos	Cubierto: Copago de \$3 por receta
Cuidado de rutina de los pies por un podólogo (doctor de los pies)	Cubierto Para conocer más detalles, vea Servicios autorreferidos .
Servicios de centros de enfermería especializada	Cubierto, según la afección, hasta 30 días para estadias a corto plazo o hasta 60 días para estadias a largo plazo
Transporte	Cubierto. Copago de \$1 copago por cada trayecto (\$2 por viaje de ida y vuelta) Para conocer más detalles, vea Transporte .
Cuidados de Urgencia	Cubierto Para conocer más detalles, vea Servicios autorreferidos .
Chequeos del bienestar del niño sano (Exámenes de detección, diagnóstico y tratamientos tempranos y periódicos)	Cubierto

Servicios que no están cubiertos

Los siguientes servicios no están cubiertos:

- Servicios que no son médicamente necesarios
- Servicios en hogares de personas maduras o en centros de atención a largo plazo
- Servicios de Centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales
- Servicios bajo la exención de Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)
- Centro de tratamiento residencial psiquiátrico
- Servicios/atención que recibe en otro país
- Tratamientos experimentales o de investigación
- Cirugía o medicamentos para ayudarle a quedar embarazada
- Cirugía o tratamientos del cambio de sexo
- Cirugía cosmética (esto no se aplica a la cirugía reconstructiva)
- Vitaminas, suplementos y medicamentos de venta libre no cubiertos a través del beneficio de farmacia
- Anticonceptivos de venta libre
- Servicios de atención de asistentes personales

Otros programas ofrecidos por el estado de Indiana

Los Programas de Cobertura de Salud de Indiana (Indiana Health Coverage Programs – IHCP) ofrecen algunos tipos de atención médica para los miembros de Hoosier Care Connect. Estos se denominan carve-outs. Estos servicios también están disponibles a través de cualquier doctor inscrito en IHCP. Los servicios de carve-out incluyen:

- Opción de rehabilitación de Medicaid (MRO)
- Servicios del plan de educación individualizado
- Plan de servicios familiares individualizados (Primeros pasos – First Steps)
- Servicios “wrap around” de la Exención 1915i

Si usted necesita ayuda para configurar estos servicios educativos, comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros o con el Administrador de atención.

Servicios y beneficios cubiertos

Copagos

El programa Hoosier Care Connect requiere un copago o una pequeña tarifa para ciertos servicios. Consulte la tabla a continuación.

Servicio	Cantidad
Sala de emergencia	\$3 por cada visita si no es una emergencia
Farmacia	\$3 por cada receta
Transporte	\$1 por cada viaje sencillo

Los miembros de Hoosier Care Connect no tienen copagos si:

- Son menores de 18 años
- Están embarazadas
- Son Nativos Americanos o Nativos de Alaska
- Reciben servicios relacionados con el embarazo o la planificación familiar

Costos compartidos

Hay límites para lo que usted paga en costos compartidos. El costo compartido total de su familia para la atención médica no puede ser más del 5% de los ingresos de su familia por trimestre (período de 3 meses). Esto se analiza en cada trimestre del año. Una vez que usted alcance el límite, su costo compartido será suspendido por ese trimestre.

UnitedHealthcare Community Plan lleva a cabo un seguimiento de sus costos compartidos. Usted no necesita hacer nada. Si alcanza el límite del 5%, sus copagos se detendrán automáticamente para ese trimestre. No tendrá copago la próxima vez que recoja una receta o necesite transporte. Si cree que ha alcanzado este límite de participación en los costos del 5%, llame a su Defensor de Servicios para Miembros para discutirlo.

¿Puede un proveedor facturarme?

Yo recibí una factura por servicios médicos o mi doctor quiere un copago

Informe a su proveedor que usted es un miembro de Hoosier Care Connect. Muestre su tarjeta de identificación. Usted no tiene que pagar facturas ni copagos por ningún servicio cubierto por proveedores registrados con IHCP. El proveedor no puede facturarle. Si recibe una factura, llame al proveedor y diga que dejen de facturarle y que envíe una reclamación a UnitedHealthcare Community Plan.

¿Cuándo se les puede facturar a los miembros los beneficios que no están cubiertos por la FSSA?

Si usted acepta recibir servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan o acepta recibir servicios que exceden los permitidos por el plan, es posible que usted deba pagar la factura.

Un proveedor de FSSA puede cobrar, presentar una reclamación o exigir o cobrar el pago de los servicios de un miembro solo si:

1. El miembro solicita un beneficio que no está cubierto o no autorizado por el plan de salud o FSSA; y
2. El proveedor proporciona al miembro un documento que describe los beneficios y el costo aproximado; y
3. El miembro firma el documento antes de recibir los beneficios, demostrando que el miembro comprende y acepta la responsabilidad del pago.

Transporte

Transporte de emergencia

La atención médica de emergencia y el transporte están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al **911** o al número de emergencia local.

Tan pronto como pueda, llame a su **PMP** y a su **Defensor de Servicios para Miembros o Administrador de atención**. Si no puede llamar, pídale a un amigo o familiar que lo llame. Si vive en un hogar para personas mayores o un centro de vida asistida, infórmeselo al personal. Ellos se encargarán de la atención de emergencia y el transporte para usted.

Servicios y beneficios cubiertos

Transporte (que no es de emergencia)

Si usted necesita que lo lleven a una cita, pregunte primero a un amigo, familiar o vecino. Si no puede conseguir transporte, UnitedHealthcare Community Plan le ayudará. Los miembros pueden recibir servicios de transporte que no sean de emergencia a través de UnitedHealthcare Community Plan para los servicios cubiertos de Hoosier Care Connect. Usted es responsable de organizar su propio transporte. Los miembros y/o familiares pueden programar el transporte que no sea de emergencia. No se necesita una autorización adicional.

Usted tiene transporte ilimitado a las visitas al doctor. Nosotros también cubrimos viajes para citas de WIC, la compra de alimentos y las citas de elegibilidad de Medicaid.

Siga estas reglas que le ayudará a conseguir transporte:

- Llame por lo menos **dos días hábiles** antes de su cita
- Llame al **1-800-832-4643**, TTY **711** para programar su viaje
- Si cancela su visita, llame al **1-800-832-4643** para cancelar su viaje
- Tenga a mano su tarjeta de identificación de Medicaid
- Conozca la dirección de su proveedor de atención médica y la fecha y hora de su cita
- Después de su visita, llame para que lo recojan y lleven a su casa
- Si su doctor le da una receta, usted puede pasar por la farmacia para obtenerla
- Déjenos saber si tiene necesidades especiales como una silla de ruedas
- Los miembros menores de 16 años deben tener un padre o tutor con ellos
- El transporte puede estar limitado a un proveedor cercano a usted a menos que se apruebe la autorización. Los viajes de más de 50 millas deben contar con una autorización previa.
- Los pases de autobús o el reembolso de las millas para amistades y familiares pueden ser una opción. Llame a Servicios para Miembros para obtener más detalles.
- Es posible que usted tenga un copago de \$1 (por trayecto). Pregunte por este copago cuando programe su transporte.
- Una miembro que está embarazada puede estar acompañada por cualquier persona
- Ambos padres pueden ir con un niño para asistir a una cita programada

Si usted tiene una emergencia que pone en peligro su vida, llame al **911**. El transporte que no es de emergencia no debe emplearse en emergencias.

Nuestros programas

Centro de participación del cliente

A usted se le asignará un Defensor de Servicios para Miembros (MSA) personal para ayudarle a lo largo de su proceso de atención médica. Su MSA puede ayudar en:

- Comprender el programa Hoosier Care Connect
- Buscar a un doctor, dentista u oftalmólogo
- Explicar sus beneficios y cobertura
- Hablar con usted acerca de los programas especiales que están disponibles
- Conectarle con un Administrador de atención si tiene necesidades de salud continuas
- Encontrar recursos ubicados cerca de usted para ayudarle con otros problemas como alimentos, vivienda, transporte, empleo, sentirse seguro o educación
- Asegúrese de conocer otros programas y servicios estatales disponibles para usted, como SNAP (Programa de asistencia nutricional complementaria) o el programa WIC (Mujeres, bebés y niños)
- Ayudarle a actualizar su información de contacto personal, como dirección, número de teléfono o correo electrónico
- Asegurar que nosotros sepamos cómo le gustaría ser contactado (correo electrónico, teléfono o correo)
- Resolver problemas con los proveedores, incluida la atención especializada y la salud conductual
- Ayudar con los desafíos debidos a la aprobación previa, el pago de los servicios, la prestación de cuidados y el bienestar familiar

Coordinación de los cuidados

Nuestros servicios de coordinación de la atención médica lo ayudarán a usted y a sus doctores a abordar sus necesidades de atención médica. Nuestro objetivo es ayudarlo a recibir la atención médica adecuada en el momento y lugar adecuados. Lo hacemos trabajando en conjunto con usted y sus doctores en su plan de atención médica individual. Coordinamos todas sus necesidades, incluidas las necesidades físicas, sociales y de salud conductual. La coordinación de la atención médica incluye:

- Administración de cuidados médicos complejos
- Administración de cuidados médicos
- Manejo de enfermedades

Administración de cuidados complejos

Si usted tiene dos o más enfermedades o problemas de atención médica, puede calificar para una administración de atención médica compleja. La administración de atención médica compleja se esfuerza por ayudarlo a alcanzar sus objetivos de atención médica al trabajar con usted y sus doctores en un solo plan de atención médica. Nosotros queremos asegurarnos que usted recibe la atención adecuada. Su Administrador de atención médica compleja trabajará con usted y sus proveedores para abordar sus necesidades y ayudarlo a utilizar los recursos comunitarios que pueden beneficiarlo.

Administración de las enfermedades y sus cuidados

Si usted tiene una condición de salud crónica como una enfermedad cardíaca, enfermedad renal crónica, asma o diabetes, UnitedHealthcare tiene un programa para ayudarlo a vivir con su condición y mejorar su calidad de vida. Estos programas son voluntarios y están disponibles sin costo para usted. Los programas le brindan información importante acerca de su condición de salud, medicamentos, tratamientos y la importancia de las visitas de seguimiento con su proveedor.

Un equipo de enfermeras registradas y trabajadores sociales trabajará con usted, su familia, su proveedor médico primario (PMP), otros proveedores de atención médica y de recursos comunitarios para diseñar un plan de atención médica que satisfaga sus necesidades en el entorno más apropiado. También pueden ayudarlo en otras áreas como perder peso, dejar de usar productos de tabaco, programar citas con su doctor y recordarle las pruebas especiales que usted podría necesitar.

Usted o su proveedor pueden llamarnos para preguntarnos si nuestros programas de manejo de la atención médica o de las enfermedades pueden ayudarlo. Si usted o su doctor piensan que un Administrador de atención podría ayudarlo o si desea obtener más información acerca de nuestros programas de la administración de atención médica o del control de enfermedades, llámenos al **1-800-832-4643**, TTY 711.

38 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

Personas con necesidades especiales

Nosotros contamos con muchos servicios que apoyan a las personas con necesidades especiales. Estamos aquí para asegurarnos de que estas personas tengan:

- Un Defensor de Servicios para Miembros que sea su guía personal y lo ayude a navegar por el sistema de atención médica
- Ayuda para obtener todos los servicios necesarios
- Apoyo con necesidades sociales, como vivienda, oportunidades laborales y alimentación saludable
- Ayuda para conseguir transporte hacia y desde las citas de atención médica
- Materiales disponibles en los formatos que usted necesita

También ofrecemos atención dental especializada para nuestros miembros con problemas sensoriales. Comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros para obtener más información.

Miembros de acogida temporal

UnitedHealthcare Community Plan ofrece programas especiales para ayudar a los niños de crianza que están inscritos en Hoosier Care Connect. Esto incluye la inscripción voluntaria para los pupilos, los niños adoptivos, los niños que fueron adoptivos anteriormente y los niños que reciben asistencia para la adopción.

Nuestro equipo de Administración de atención médica está capacitado en la seguridad y las necesidades únicas de los niños bajo custodia y de crianza. Trabajamos con recursos de la comunidad, padres de crianza temporal, pupilos y proveedores para promover los servicios de atención médica, incluyendo las visitas del niño sano. Algunos de los recursos comunitarios disponibles incluyen:

- Children's Bureau
Sitio en internet: www.childrensbureau.org
Teléfono de oficina: 1-317-634-5050
- Asociación de Recursos y Defensa Infantil de Indiana
Sitio en internet: www.iarca.org
Teléfono de oficina: 1-317-849-8497
- Departamento de Servicios Infantiles de Indiana
Sitio en internet: www.in.gov/dcs/fostercare.htm

Nuestros programas

HealthWatch

HealthWatch es un programa que ayuda a garantizar que los niños en cuidados de crianza sean atendidos por su doctor para todos los exámenes y tratamientos para cada grupo según sea su edad.

Para obtener más información, comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros o Servicios para Miembros.

UnitedHealthcare On My Way

Los adultos jóvenes que salen del cuidado de crianza temporal a menudo corren el riesgo de sufrir crisis, depresión, ansiedad y el consumo de sustancias. Junto con la coordinación de la atención médica, nosotros proporcionamos “On My Way”, una herramienta para guiar y apoyar a los adultos jóvenes a través del proceso de “maduración” del cuidado de crianza y volverse independientes. Pueden participar todos los jóvenes de 14 a 21 años. Para registrarse acuda a www.uhcomw.com. Comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros o Administrador de atención para obtener más información.

Para dejar de usar el tabaco y productos para vapear

Esté libre de la nicotina. Nosotros podemos ayudar. Tan pronto usted como deja de fumar, su cuerpo comienza a reparar el daño causado por el uso de los productos de tabaco.

Es difícil intentar dejar de usar productos de tabaco. Pero todos los beneficios de dejar de fumar merecen la pena. ¿Sabía que 20 minutos después de dejar de fumar, su frecuencia cardíaca desciende a un nivel normal? Y de 12 a 24 horas después de dejar de fumar, el nivel de monóxido de carbono en la sangre desciende a la normalidad. Nosotros apoyamos a nuestros miembros que están tratando de dejar de fumar.

- Comuníquese con Indiana Quit Line para recibir entrenamiento y asesoramiento. Se ofrece apoyo adicional para las miembros embarazadas y adolescentes que consumen tabaco. Llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).
- Visite a su doctor para obtener consejos y medicamentos que puedan ayudarlo a dejar de fumar. Nosotros podemos ayudarlo a programar una cita.
- Los medicamentos vienen en diferentes formas como parches, chicle, pastillas y píldoras. La mayoría de estos medicamentos están cubiertos por sus beneficios. También podemos ayudarlo a comprender cuales sus otros beneficios.
- Obtenga acceso a materiales educativos y otros recursos. Nosotros ofrecemos una amplia variedad de recursos y enlaces a material valioso.

40 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCCommunityPlan.com/IN, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

DetECCIÓN, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

El beneficio EPSDT brinda servicios de atención médica integral y preventiva para niños menores de 21 años que están inscritos en Medicaid. EPSDT es importante para asegurar que los niños y adolescentes reciban los servicios preventivos, dentales, de salud mental y de desarrollo y especializados adecuados.

Temprano: Evaluación e identificación de problemas temprano

Periódico: Control de la salud de los niños a intervalos periódicos apropiados para su edad

DetECCIÓN: Proporcionar pruebas de detección físicas, mentales, del desarrollo, dentales, auditivas, visuales y de otro tipo para detectar problemas potenciales.

Diagnóstico: Realización de pruebas de diagnóstico para dar seguimiento cuando se identifica un riesgo, y

Tratamiento: Controlar, corregir o reducir los problemas de salud encontrados

Visitas de niño sano (EPSDT)

UnitedHealthcare Community Plan pagará a los niños menores de 21 años para que consulten al doctor con regularidad. Estas visitas son parte del programa EPSDT. EPSDT está cubierto por el programa Hoosier Care Connect. Las visitas del niño sano son el momento en que su PMP examine cómo su hijo está creciendo normalmente y verifique si hay algún problema o condición. También le darán los exámenes y vacunas necesarios durante estas visitas. Estos exámenes incluyen evaluaciones y son recomendados por la Academia Americana de Pediatría (AAP). Estas evaluaciones incluirán muchas cosas:

- Historia de salud
- Examen físico completo
- Pruebas de laboratorio (según corresponda)
- Vacunas
- Exámenes de la visión, audición y dentales
- Exámenes de comportamiento y desarrollo
- Consejos acerca de cómo mantener sano a su hijo

Nuestros programas

Estas visitas de rutina también son un buen momento para hacer cualquier pregunta que usted tenga acerca del comportamiento y el bienestar general de su hijo, que incluyen:

- Como come
- Como duerme
- Cuál es su comportamiento
- Su actividad física

Programa de visitas de niño sano (chequeo)

Es importante programar sus visitas de niño sano para estas edades:

2 a 5 días	15 meses
1 mes	18 meses
2 meses	24 meses (2 años)
4 meses	30 meses (2.5 años)
6 meses	3 años
9 meses	4 años
12 meses	Una vez al año después de los 5 a 21 años

AAP (Academia Estadounidense de Pediatría, 2018)

Para obtener más información, puede visitar este sitio: <https://www.healthychildren.org/English/family-life/health-management/Pages/Well-Child-Care-A-Check-Up-for-Success.aspx>.

Con el beneficio EPSDT, también obtiene otros servicios, como:

Tratamiento, que incluye:

- Rehabilitación para cualquier condición de salud física, del desarrollo o mental descubierta durante una evaluación
- Visitas regulares a un dentista para chequeos y tratamiento (un beneficio que se ofrece a través de su plan dental)
- Vacunas (inyecciones)
- Pruebas y tratamientos regulares para la audición y la vista del niño
- Pruebas de laboratorio de rutina, así como pruebas de plomo en la sangre y anemia de células falciformes, si el niño está en riesgo
- Investigaciones de plomo, si su hijo tiene un alto nivel de plomo en la sangre
- Otras pruebas y servicios necesarios para corregir o prevenir defectos, condiciones físicas y enfermedades mentales descubiertas por las evaluaciones

Programar y asistir a las citas de EPSDT de su hijo puede ayudarlo a mantenerse saludable. El mejor momento para prevenir problemas de salud graves es antes de que se desarrollen.

Vacunas

Las vacunas (inyecciones) pueden ayudar a evitar que su hijo se enferme. Hable con su PMP sobre las vacunas infantiles recomendadas y cuándo debe recibirlas. El mejor lugar para que los niños se vacunen es en la oficina de su PMP. El médico de su hijo debe proporcionarle un calendario de vacunas (calendario) para ayudarlo a saber cuándo su hijo necesita vacunarse y actualizar el calendario con cada visita al médico de su hijo.

A continuación, se incluyen algunos datos que debe conocer sobre cada vacuna:

DTaP: Protege contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (tos ferina). Se necesitan 5 dosis totales durante la infancia y la niñez y se administran refuerzos durante la adolescencia y la edad adulta para una protección completa.

HepA: Protege contra la hepatitis A. Se administran 2 dosis entre 1 y 2 años.

HepB: Protege contra la hepatitis B (infección del hígado). La HepB se administra en 3 inyecciones, la primera al nacer.

Hib: Protege contra *Haemophilus influenzae* tipo b. Esta infección solía ser la principal causa de meningitis bacteriana. Las inyecciones de Hib se administran en 3-4 dosis.

VPH: Protege contra los cánceres causados por el virus del papiloma humano. Los niños de 11 o 12 años deben recibir 2 inyecciones del VPH, con una diferencia de seis a doce meses.

Influenza (gripe): Protege contra la gripe. Esta es una vacuna estacional que se administra anualmente. Las vacunas contra la gripe se pueden administrar a su hijo todos los años, a partir de los 6 meses de edad. La temporada de influenza puede ir de septiembre a mayo.

IVP: Protege contra la polio y se administra en 4 dosis.

Meningocócica: Protege contra la bacteria que causa la enfermedad meningocócica. Los niños deben recibir esta vacuna entre los 11 y 12 años de edad.

MMR: Protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola (sarampión alemán). La MMR se administra en 2 dosis. La primera dosis se administra entre los 12 y 15 meses de edad. La segunda dosis generalmente se administra entre los 4 y los 6 años. Sin embargo, se puede administrar tan pronto como 28 días después de la primera dosis.

Nuestros programas

PCV: Protege contra la enfermedad neumocócica, que incluye neumonía. La PCV se administra en una serie de 4 dosis.

RV: Protege contra el rotavirus, una de las principales causas de diarrea. RV se administra en 2-3 dosis, según el tipo de vacuna que se utilice.

Tdap: Protege a su hijo de la difteria, el tétanos y la tos ferina. Los niños deben recibir esto a los 11-12 años de edad.

Varicela: Protege contra la varicela. La varicela se recomienda para todos los niños sanos y se administra en 2 dosis.

Pruebas para el plomo en niños

El envenenamiento por plomo es peligroso. Si no se trata en niños pequeños, puede causar problemas a largo plazo. El plomo se puede encontrar en:

- Pintura
- Suelos
- Polvo
- Aire
- Cerámica

Para verificar si hay envenenamiento por plomo, su médico ordena un análisis especial de sangre. La prueba generalmente se administra entre las edades de 9 meses y 2 años. Si su hijo no ha sido examinado, es posible que su doctor quiera hacerles la prueba a los menores de 6 años. Para obtener más información, comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros.

Cuidados para adultos

Recibiendo una atención médica temprana puede ayudar a su doctor a detectar y tratar problemas de salud y mantenerlo a usted saludable. Siga el programa a continuación para su cuidado del bienestar. Su PMP también le dará consejos para mantenerse saludable, acerca de cómo comer bien y de hacer ejercicio con regularidad.

Programa de los cuidados para adultos

Tipo de servicio	21–64 años de edad	65 o más años de edad
Revisión de la presión sanguínea	Cada año (pruebas adicionales basadas en su historia clínica)	Cada año (pruebas adicionales basadas en su historia clínica)
Examen de los pechos	Cada año	Cada año
Prueba del colesterol	Una vez (pruebas adicionales basadas en su historia clínica)	Basadas en su historia clínica
Cáncer colono-rectal	Cada año desde los 50 años	Cada año
Vacuna contra la gripe	Cada año	Cada año
Educación acerca de la salud	En cada consulta	En cada consulta
Prueba para el VIH	Pregunte al doctor si tiene riesgo	Pregunte al doctor si tiene riesgo
Inmunizaciones (vacunas)	Pregunte al doctor si tiene riesgo	Pregunte al doctor si tiene riesgo
Mamografía	Cada año después de los 40 años o basado en la necesidad médica	Cada año
Papanicolaou	Anualmente para mujeres sexualmente activas	Consulte a su PMP o ginecólogo
Examen físico (sin ropa)	Cada año	Cada año

Nuestros programas

Tipo de servicio	21–64 años de edad	65 o más años de edad
Vacuna contra la neumonía		Una vez en o después de los 65 años
Examen de próstata	Cada año después de los 50 años (pruebas adicionales basadas en su historia de salud)	Cada año
Pruebas para enfermedades sexualmente transmitidas	Al menos una vez durante el embarazo (pruebas adicionales basadas en su historial de salud)	Pregunte al doctor si tiene riesgo
Tdap (tétanos/difteria/pertusis acelular)	Cada 10 años	Cada 10 años
Exámenes de testículos	Cada 2 años desde los 18–39 años	No es requerido
Pruebas para la tuberculosis	Una vez (pruebas adicionales basadas en su historia clínica)	Pregunte al doctor si tiene riesgo

Éstas son guías generales. Es posible que su PMP quiera que usted reciba estos servicios con mayor o menor frecuencia.

Servicios de salud y de embarazo de la mujer

UnitedHealthcare Community Plan sabe que las mamás sanas tienen bebés sanos. Por eso cuidamos especialmente a todas nuestras futuras mamás. UnitedHealthcare Community Plan tiene un programa llamado Healthy First Steps para miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Healthy First Steps brinda información, educación y apoyo para ayudar a reducir los problemas durante el embarazo. Si usted piensa que puede estar embarazada o tan pronto como conozca que está embarazada, llame a Healthy First Steps al 1-800-599-5985.

Las miembros femeninas o las miembros asignadas como mujeres al nacer tienen acceso directo a los servicios preventivos y de bienestar de un ginecólogo dentro de la red del contratista sin una referencia de un Proveedor médico primario.

Como miembro, UnitedHealthcare Community Plan lo ayudará a:

- Elegir un Obstetra de atención primaria (PCO), una enfermera especializada, un asistente médico o una Enfermera partera certificada (CNM) para la atención médica del embarazo
- Obtener información acerca de Healthy First Steps, un programa de maternidad para usted y su bebé. Puede llamar a Healthy First Steps al 1-800-599-5985.
- Programar citas y exámenes
- Elegir a un pediatra (médico de niños) para su nuevo bebé
- Elegir a un PMP para usted después del parto o volver al PMP que tenía usted antes de su embarazo. Llame a Servicios para Miembros después del parto.
- Obtener información acerca de programas comunitarios como SNAP (Programa de asistencia nutricional suplementaria) y WIC (Mujeres, bebés y niños). Puede llamar a WIC al 1-800-522-0874.

A continuación, le indicamos algunos aspectos que su doctor le ayudará a conocer:

- Recursos locales
- Nutrición, peso, ejercicio y bienestar
- Dejar de usar tabaco o productos para vapear
- Salud sexual
- Abuso de sustancias
- Violencia doméstica
- Bajo peso al nacer
- Niñez temprana
- Mortalidad infantil
- Información acerca de las opciones y clases de preparación para el parto
- Ayuda con las opciones y los servicios de planificación familiar después del nacimiento de su bebé (incluidas, entre otras, píldoras anticonceptivas, condones y esterilizaciones)

Sus citas durante el embarazo son muy importantes para su salud y la salud de su bebé. Usted debe consultar a su doctor durante el embarazo, incluso si se siente bien. Si necesita cambiar su cita, comuníquese con su doctor antes de su cita.

También debe consultar a su doctor entre 7 y 84 días después del nacimiento de su bebé. A esto se le llama atención médica de posparto. Si tuvo una cesárea, es posible que su doctor quiera verla antes. Consulte la sección de **Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)** en este manual para obtener detalles importantes acerca de las visitas al doctor y las vacunas (inmunizaciones) que necesitará su nuevo bebé.

Nuestros programas

En su chequeo de posparto, su doctor:

- Verificará que usted esté sanando bien
- Evaluará su depresión posparto
- Realizará un examen pélvico para asegurarse de que los órganos reproductivos hayan vuelto a la condición previa al embarazo
- Responderá a sus preguntas acerca de la lactancia y examinará sus senos
- Responderá a sus preguntas acerca de continuar las relaciones sexuales nuevamente y opciones de control de la natalidad

Usted puede hacerse la prueba del VIH en cualquier momento. Si su prueba es positiva, puede recibir tratamiento especializado y asesoramiento médico. Hable con su PMP o comuníquese con su departamento de salud local para realizar la prueba.

Programa Healthy First Steps

Con el programa Healthy First Steps, usted y su bebé pueden ganar regalos al completar sus vistas prenatales, de posparto y para el bienestar del niño sano con el doctor. Para obtener más información, visite UHCHealthyFirstSteps.com.

Si usted está embarazada y ha estado consultando a un doctor que no está en nuestra red, es posible que pueda cambiar de plan. Esto se debe a que puede tener un problema de continuidad médica durante el embarazo. Consulte la sección **Cambio de planes de salud** de este manual para obtener más información.

Línea de ayuda para trastornos por el uso de sustancias

Cuando está embarazada, el consumo de alcohol y drogas ilegales pone en peligro la salud del feto. Los químicos que usted respira y con los que entra en contacto van directamente a su bebé. Esto pone a su bebé en riesgo de tener un bajo peso al nacer, defectos de nacimiento, problemas de comportamiento, retrasos en el desarrollo e incluso la muerte. También, si usted acaba de tener un bebé y está amamantando, beber alcohol o consumir drogas puede ser muy perjudicial para su bebé. Si tiene problemas con el abuso de sustancias como mamá o futura mamá, nosotros podemos ayudarle.

Obtenga ayuda para usted hoy

Llame gratuitamente a la línea de ayuda para trastornos por uso de sustancias al **1-855-780-5955** o visite liveandworkwell.com/recovery para tener una charla en vivo. Está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicio de planificación familiar

Usted puede ir a cualquier doctor o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. También puede visitar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. No necesita una referencia de su PMP para los servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Control de natalidad
- Dispositivos anticonceptivos como DIU, dispositivos anticonceptivos de implante y otros que están disponibles con receta
- Anticoncepción de emergencia
- Servicios de esterilización
- Pruebas, tratamiento y asesoramiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Pruebas de detección de cáncer y otras afecciones relacionadas

Cuidados de la visión

Los exámenes de la vista regulares son importantes. Los miembros son elegibles para exámenes de la vista de rutina y anteojos recetados. Llame a su doctor para programar un examen de la vista de rutina. Usted puede programar una cita con cualquier proveedor de cuidado de la vista participante. Si usted necesita ayuda para encontrar un oculista, llame a Servicios para Miembros.

Los siguientes servicios de la vista están cubiertos para miembros menores de 21 años:

- Un examen de la vista de rutina por año; no es necesaria una referencia
- Un par de anteojos recetados cada doce meses

Los siguientes servicios de la vista están cubiertos para miembros de 21 años o más:

- Un examen de la vista de rutina cada dos años; no es necesaria una referencia
- Un par de anteojos recetados cada 5 años

Consulte la sección de **Servicios cubiertos** en este manual para obtener información adicional sobre los beneficios.

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. ET, de lunes a viernes, si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención oftalmológica.

Nuestros programas

Cuidados dentales

Es importante para su salud hacerse un chequeo dental anual. Su cobertura de Hoosier Care Connect incluye los siguientes servicios dentales:

- Dos exámenes y limpieza de dientes por año
- Radiografía de mordida una vez cada 12 meses y una serie completa de radiografías cada tres años
- Restauraciones menores como empastes
- Restauraciones importantes como coronas y endodoncias (una de cada 12 meses)
- Cuidado periodontal, que incluye limpiezas profundas y tratamiento quirúrgico para la enfermedad de las encías
- Dentaduras postizas parciales, completas y reparaciones de dentaduras postizas y parciales
- Sedación y óxido nitroso, si es médicamente necesario

Puede encontrar información acerca de los beneficios y proveedores dentales por internet en myuhc.com/CommunityPlan/IN.

Necesidades sociales

Estar sano no solo es siempre recibir tratamiento acerca de sus necesidades médicas. A veces, usted necesita ayuda para conectarse con los recursos de la comunidad. Nosotros le llamamos a esto las necesidades sociales. Son necesidades como tener alojamiento, conseguir comida todos los días, ir al supermercado o sentirse seguro en su entorno. Nosotros también podemos ayudarlo a obtener acceso a ayuda con el empleo o para terminar su educación.

¿Quiere encontrar ayuda por su cuenta? Consulte la sección **Recursos comunitarios** de este manual. Incluimos una lista de algunas organizaciones que ayudan en internet o por teléfono.

Su Defensor de Servicios para Miembros (MSA) está aquí para ayudarle. Ellos pueden brindarle más información acerca de los programas o servicios. Llámenos al **1-800-832-4643**. Solicite hablar con su MSA.

Otros programas para ayudarlo a mantenerse saludable

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información acerca de:

Programas de recompensas gratuitos

Tarjeta de regalo por \$50 por completar una sola vez su Encuesta de necesidades de salud dentro de los primeros 90 días

Tarjeta de regalo por \$25 por la detección de diabetes HbA1c

Tarjeta de regalo por \$25 por la visita anual para el niño sano o para el bienestar de un adolescente de 3 a 21 años

Tarjeta de regalo por \$25 por la prueba de la detección de plomo (menor de 2 años)

Tarjeta de regalo por \$25 por visita dental anual

Recompensas para las mamás y los bebés

Tarjeta de regalo por \$15 por inscribirse en nuestro programa de salud materna: Healthy First Steps™

Tarjeta de regalo por \$25 para atención de posparto oportuna

Regalos adicionales como tarjetas de regalo, termómetros digitales, paquetes de seguridad para el hogar, libros y más

Baby showers comunitarios con regalos

Apoyo para dejar de usar productos de tabaco durante el embarazo de Indiana Quitline y Quit 4 Life

Centro de participación del cliente

A cada miembro de Hoosier Care Connect se le asigna un Defensor de Servicios para Miembros (MSA) que puede ayudar a resolver problemas con la coordinación de la atención y la resolución de problemas con los proveedores, incluye la atención especializada, la salud conductual y apoyos sociales y domésticos. Las MSA también pueden ayudar con los desafíos que presentan el seguro y los pagos, la atención de parto y el bienestar familiar.

Nuestros programas

Trabajadores de salud comunitarios

Nosotros ofrecemos apoyo en persona para miembros que reúnen los requisitos con afecciones médicas crónicas y complejas. Los trabajadores de la salud dentro de la comunidad utilizan un modelo de atención integral que atiende las necesidades médicas, conductuales y sociales de los miembros.

Recursos para Internet de bajo costo

Servicios están disponibles por Internet en su hogar. El rango de tarifas mensuales es desde \$5 a \$10 por mes a través de AT&T o Xfinity/Comcast.

Mom's Meals (Comidas de mamá)

Este programa proporciona 14 comidas entregadas a domicilio para miembros con afecciones crónicas, después de una hospitalización. Su Administrador de atención médica puede coordinar este servicio de entrega para que la hora de comer sea más fácil mientras usted se recupera.

Equivalencia de la Escuela Secundaria (HSE)

No es demasiado tarde para terminar la secundaria. Si usted desea obtener su HSE, nosotros podemos ayudarlo. Cualquier miembro de 16 años o más puede ser parte de este programa.

Línea de enfermeras (NurseLine) las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Nuestra NurseLine le brinda acceso telefónico las 24 horas del día, los 7 días de la semana a enfermeras registradas con experiencia. Ellas pueden brindarle información, apoyo y educación para cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud. Llame a NurseLine al 1-866-801-4407, TTY 711.

Curación alternativa

Ofrecemos hasta un reembolso anual de \$100 para compras o servicios tales como medicamentos/ remedios herbales, vitaminas y minerales, masajes terapéuticos o acupuntura.

Consejo Asesor de Miembros

Los Consejos Asesores Hoosier Care Connect de UnitedHealthcare Community Plan brindan un foro para que los miembros del plan de salud y las agencias de la comunidad local brinden recomendaciones. En las reuniones discutimos los programas Hoosier Care Connect nuevos y en curso. Es una gran oportunidad para que los miembros proporcionen comentarios acerca de los procesos actuales y los cambios futuros del programa Hoosier Care Connect. Hablamos acerca de cómo mejorar la atención médica de nuestros miembros. Cualquier miembro del plan de salud puede asistir a las reuniones. Nos gustaría que usted forme parte de nuestro Consejo Asesor de Miembros. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

52 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

Programa telefónico SafeLink

¿Tiene usted acceso limitado a un teléfono móvil? Usted puede ser elegible para recibir servicio inalámbrico mensual gratuito. SafeLink es un programa proporcionado por TracFone Wireless. Visite www.safelinkwireless.com para obtener más información. Su Defensor de Servicios para Miembros también puede ayudarlo con la solicitud.

Fresh EBT

Si usted recibe beneficios de SNAP (Programa de asistencia nutricional complementaria), esta aplicación lo ayuda a tomar decisiones saludables dentro de un presupuesto. Verifique su saldo rápida y fácilmente, controle los gastos, los hábitos, encuentre lugares que acepten EBT, busque ofertas de alimentos, mantenga una lista de compras y obtenga recetas saludables de bajo costo.

Farmacia

Para obtener sus medicamentos de receta

Obtener medicamentos recetados es una parte importante de su atención médica. UnitedHealthcare Community Plan cubre muchos medicamentos recetados, así como medicamentos de venta libre, medicamentos para dejar de fumar y suministros para la diabetes. Si su doctor le receta un medicamento que aparece en la lista de medicamentos preferidos (PDL) de su plan, es un medicamento cubierto. Usted tendrá un copago de \$3 por cada receta. Si su medicamento no es el preferido, su proveedor de atención médica puede solicitarle un medicamento diferente que sea el preferido. También pueden trabajar con UnitedHealthcare Community Plan para obtener una aprobación (autorización previa) para permitir ese medicamento.

Puede surtir sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red. Muchos están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Visite UHCCommunityPlan.com/IN para:

- Ver la PDL
- Encontrar una farmacia cerca de usted

También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**. Su Defensor de Servicios para Miembros puede enviarle información por correo o ayudarlo por teléfono.

Si usted tiene algún problema para obtener su receta durante el horario laboral normal, llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**. Si tiene problemas para obtener sus recetas después del horario laboral normal, los fines de semana o los días festivos, pídale a su farmacéutico que llame al servicio de asistencia de farmacia al 1-866-215-5046. Los dos números están en el reverso de su tarjeta de identificación como miembro.

Surta su receta en una de las farmacias de nuestra red. Usted puede encontrar una lista de estas farmacias en nuestro sitio en internet. Muestre su tarjeta de identificación como miembro en la farmacia cuando surta sus recetas. Esto demuestra que usted es elegible y ayuda a la farmacia a procesar su pedido.

Previa autorización

Previa aprobación (autorización) de medicamentos de receta

Si su medicamento recetado no está incluido en la PDL, o está en la lista pero requiere de una aprobación previa, su proveedor puede solicitar una aprobación previa para usted, para que usted aún pueda obtener ese medicamento. Aprobaremos o rechazaremos la solicitud dentro de 24 horas. Si se aprueba la solicitud, usted y su Proveedor médico primario (PMP) serán informados de la decisión por escrito, incluyendo el período de tiempo que tomará la aprobación del medicamento. Si se rechaza una solicitud, usted y su PMP serán informados de la decisión por escrito. El aviso de decisión por escrito le indicará cómo y cuándo puede apelar esta decisión y cómo presentar una queja o reclamación ante UnitedHealthcare Community Plan.

Beneficio de un suministro para 90 días

Los miembros pueden obtener un suministro por 90 días de medicamentos de mantenimiento seleccionados en la farmacia minorista. Los medicamentos de mantenimiento suelen ser aquellos que se toman con regularidad para una afección crónica o prolongada.

Con un suministro por 90 días, usted no necesitará volver a surtir esos medicamentos todos los meses. Para obtener más detalles, hable con su doctor o farmacéutico. Para obtener una lista completa de los medicamentos incluidos en este beneficio, llame a Servicios para Miembros.

Usted tiene la posibilidad de obtener medicamentos de mantenimiento solicitándolos por correo. Si usted reúne los requisitos, puede recibir un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento por correo y no tendrá que volver a surtirlos todos los meses. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información y para solicitar un formulario de inscripción de solicitudes por correo.

Administración de la terapia con medicamentos

Para ayudarlo a mejorar la forma en que usted toma sus medicamentos, nosotros podemos inscribirlo en nuestro programa de administración de terapia con medicamentos. Un farmacéutico puede comunicarse con usted para discutir un mejor uso de sus medicamentos o para manejar cualquier problema de salud. Si usted desea ser parte de este programa, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda.

El programa de opciones correctas (Right Choices)

El Programa Right Choices (RCP) supervisa la utilización de los miembros y, cuando corresponde, implementa una asignación a un doctor y una farmacia para los miembros que se beneficiarían de una mayor coordinación de los casos. La revisión de utilización de miembros identifica a los miembros que utilizan los servicios de los Programas de Cobertura de Salud de Indiana (IHCP) de manera más extensa que otras personas en las mismas situaciones.

A cada miembro de RCP se le asigna un doctor y una farmacia. En algunas situaciones, si tal acción está justificada, el miembro puede estar restringido a tipos de proveedores adicionales. Por ejemplo, el médico asignado al miembro de RCP puede referir al miembro a un especialista. Después, ese especialista será agregado a la lista de proveedores del miembro. En caso de emergencia, otros proveedores pueden prestar servicios sin necesidad de una referencia.

Cuando esté inscrito en el programa Right Choices (RCP), su Administrador de atención trabajará con usted y sus doctores para organizar su atención médica y asegurar que usted reciba la atención médica que necesita en el momento y lugar correctos. El Administrador de atención y su doctor controlarán su atención médica para detectar cualquier cambio. Usted puede ser eliminado del programa Right Choices (también llamado graduación) cuando ya no necesite esta ayuda adicional.

Servicios de salud conductual

Usted tiene derecho a aceptar o rechazar los servicios de salud conductual que se le ofrecen. Si desea obtener los servicios de salud conductual que se ofrecen, usted o su tutor legal deben firmar un formulario de “Consentimiento para el Tratamiento”. Este formulario le da permiso a usted o a su tutor legal para que reciba servicios de salud conductual. Cuando firma un formulario de “Consentimiento para el Tratamiento”, también está dando permiso a la FSSA para acceder a sus expedientes.

Para brindarle ciertos servicios, su proveedor debe obtener su permiso. Su proveedor puede pedirle que firme un formulario o que dé permiso verbal para obtener un servicio específico. Su proveedor le dará información sobre el servicio para que usted pueda decidir si desea ese servicio o no.

A esto se le llama consentimiento informado. El consentimiento informado significa informar a un paciente acerca de un tratamiento propuesto, procedimiento quirúrgico, fármaco psicotrópico o procedimiento de diagnóstico; alternativas al tratamiento procedimiento quirúrgico, fármaco psicotrópico o procedimiento diagnóstico; riesgos asociados y posibles complicaciones; y obtener autorización documentada o aprobación para el tratamiento propuesto, procedimiento quirúrgico, fármaco psicotrópico o procedimiento de diagnóstico del paciente o del representante del paciente.

Los miembros son evaluados en función de sus necesidades de atención médica y sociales por su PMP, proveedor de salud mental o Administrador de atención.

Los servicios de salud conductual cubiertos incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

- Medicamentos para la salud del comportamiento, seguimiento y ajuste
- Servicios médicos
- Transporte de emergencia y de no emergencia
- Atención de emergencia para la salud conductual
- Terapia y asesoramiento individual, de grupo y familiar
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Tratamiento intensivo ambulatorio (IOT)
- Tratamiento con opioides
- Programa de hospitalización parcial (PHP)
- Medicamentos psicotrópicos, ajustes y seguimiento
- Detección, evaluación y diagnóstico

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com/IN, 57
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

Servicios de salud conductual

- Asesoramiento acerca del uso de sustancias (drogas, opioides y alcohol), tratamiento asistido por medicamentos
- Tratamiento residencial para trastornos por el uso de sustancias
- Servicios de apoyo
- Planificación del tratamiento

Usted puede auto-referirse a un proveedor de salud conductual o ser referido por proveedores, escuelas, agencias estatales u otras partes. Puede consultar a un consejero de salud conductual, un especialista en adicciones, un psicólogo o un psiquiatra sin una referencia de su PMP. Para acceder a los servicios de salud conductual, llame al número de salud conductual que figura en su tarjeta de identificación, utilice su directorio de proveedores o visite nuestro sitio en internet en <https://www.uhcommunityplan.com/in>.

Beneficios del tratamiento para la salud mental y por el uso de sustancias

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene cobertura para tratamiento de salud mental y para el abuso de sustancias. Recuerde mostrar siempre su tarjeta de identificación de miembro actual de UnitedHealthcare cuando reciba servicios. Confirma su cobertura. Si un proveedor le informa que un servicio no está cubierto por UnitedHealthcare y usted aún desea estos servicios, es posible que usted sea responsable del pago. Siempre puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, para hacer preguntas acerca de los beneficios. La cantidad y la duración de los servicios prestados se basarán en sus necesidades y en una necesidad médica. Los servicios se pueden brindar en el consultorio de un proveedor, su hogar o la comunidad.

Algunos servicios necesitan autorización previa. Esto significa que su proveedor debe comunicarse con nosotros antes de brindar el servicio. Su proveedor coordinará las referencias con otros doctores. Usted no necesita una autorización para el servicio de emergencia. Se nos notificará acerca de sus hospitalizaciones por salud mental y por el uso de sustancias. De esa manera nosotros podemos ayudar con la planificación y coordinación cuándo se dé de alta del hospital. Su proveedor puede solicitar una autorización llamando a la línea de salud conductual.

¿Qué es un proveedor de atención de tratamiento de salud mental y por el uso de sustancias?

Un proveedor de atención de tratamiento de salud mental y por el uso de sustancias puede ser un proveedor de tratamiento de salud mental y por el uso de sustancias con licencia (o certificado), un consejero de trastornos por uso de sustancias, doctor, psiquiatra, enfermero(a) psiquiátrico, psicólogo, trabajador social clínico autorizado, otros consejeros profesionales, administrador de atención, analista de comportamiento certificado por la junta o personal de apoyo de pares. Ellos pueden apoyarle ayudándolo a crear y cumplir su plan de recuperación y trabajar con usted antes y después de una crisis. Pueden conectarlo con otros servicios comunitarios.

Tratamiento residencial para el trastorno por el uso de sustancias (SUD)

UnitedHealthcare Community Plan ofrece cobertura para tratamientos residenciales SUD de baja y alta intensidad a corto plazo en entornos de todos los tamaños. Su doctor obtendrá la aprobación previa de UnitedHealthcare Community Plan antes de que comience su estadía residencial en SUD. Para calificar para el tratamiento residencial SUD, utilizamos los criterios (reglas) basados en la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones (ASAM).

Servicios de recuperación entre pares

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de recuperación de pares. Estos servicios son servicios individuales y presenciales que brindan actividades estructuradas y programadas que promueven la socialización, la recuperación, la autodefensa, el desarrollo de apoyos naturales y el mantenimiento de habilidades para la vida comunitaria. Estos servicios son proporcionados por especialistas certificados de apoyo como pares. Los miembros deben hablar con su proveedor de salud conductual para conocer si se ofrecen estos servicios.

Para hacer una cita de salud conductual

Las **citas para la salud conductual** deben programarse tan pronto como la condición de salud del miembro lo requiera, pero no más tarde de lo siguiente:

Citas urgentes de salud conductual — Se realizan dentro de las 24 horas posteriores a la identificación de la necesidad.

Citas de atención de rutina — La evaluación inicial debe completarse dentro de 7 días calendario posteriores a la referencia o solicitud. El primer servicio de salud conductual después de la evaluación inicial es tan pronto como lo requiera la condición de salud del miembro, pero para los miembros de 18 años o más, no más tarde de 23 días calendario después de la evaluación inicial y para los miembros menores de 18 años, no más tarde de 21 días después de la evaluación inicial. Todos los demás servicios de salud conductual deben completarse tan pronto como lo requiera la condición de salud del miembro, no más tarde de 45 días calendario.

Servicios de salud conductual

Si usted piensa en hacerse daño a sí mismo o a otros, llame al **911** para obtener ayuda de emergencia.

Para referencias de medicamentos psicotrópicos

En la referencia acerca de medicamentos psicotrópicos, se evaluará su necesidad de inmediato. Una cita será programada no más tarde de 30 días calendario a partir de la identificación de la necesidad. Si usted se está quedando sin medicamentos o si tiene una disminución en su condición de salud conductual antes de comenzar a tomar los medicamentos, será atendido más pronto.

Recursos y apoyo

[Liveandworkwell.com/recovery](https://liveandworkwell.com/recovery)

1-855-780-5955

Este recurso en internet para miembros de UnitedHealthcare Community Plan tiene muchas herramientas y recursos de recuperación. Es un excelente y único sitio para iniciar su camino hacia la salud y el bienestar.

Línea de texto de crisis

La línea de texto de crisis proporciona asistencia gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana a través de mensajes de texto. La asistencia está ahí para todo: Ansiedad, depresión, suicidio, escuela. Envíe el **mensaje de texto HOME** al **741741**.

KEY Warmline

Es una línea directa de conversación que no es para crisis, en donde los miembros con problemas de salud mental pueden hablar con voluntarios capacitados que también se enfrentan a problemas de salud mental. Usted puede llamar gratuitamente a la línea directa al 1-800-933-5397. Esta línea está abierta de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. ET de lunes a viernes.

Procedimientos del plan

Proceso de autorización previa

¿Cómo sabré si un servicio ha sido aprobado (autorización) o denegado?

UnitedHealthcare Community Plan revisa la solicitud de servicio de usted, su PMP o su especialista. Su doctor le dirá si el servicio está aprobado y UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta. Si el servicio ha sido denegado, UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta, llamada Notificación de Determinación Adversa de Beneficios. Usted tiene derecho a conocer los criterios que se utilizan para tomar decisiones. Las decisiones de autorización normales se tomarán dentro de los 7 días calendario a partir de la fecha en que se reciba la solicitud.

Se pueden recibir extensiones hasta por 14 días calendario si es lo mejor para usted. Por ejemplo, es posible que estemos esperando recibir sus expedientes médicos de su doctor. En lugar de tomar una decisión sin esos expedientes, es posible que le preguntemos a usted si está bien tener más tiempo para recibir los expedientes. En esa forma, la decisión se puede tomar con mejor información. Le enviaremos una carta solicitando la extensión.

Las decisiones aceleradas (urgentes) en situaciones urgentes que ponen en peligro la vida deben tomarse a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud de autorización, a menos que haya una extensión en vigor. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros para recibir Notificaciones de Determinación Adversa de Beneficios y las acciones que puede tomar. Si usted no está de acuerdo con una decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan, puede pedirnos que revisemos la solicitud nuevamente. Esta solicitud de revisión se llama apelación.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación.

Si usted tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. EST, de lunes a viernes, excepto en los festivos estatales. También puede consultar la sección Apelaciones en este manual para obtener información detallada acerca del proceso de apelaciones.

Procedimientos del plan

Aprobación previa para un proveedor fuera de la red

UnitedHealthcare Community Plan es su plan de salud de Hoosier Care Connect. Usted debe utilizar los proveedores de nuestra red contratada. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que usted necesite atención de un proveedor que no esté en nuestra red. Un proveedor fuera de la red debe solicitar autorización previa para tratarlo. Si se aprueba la solicitud, usted puede consultar con el proveedor fuera de la red. Si se rechaza la solicitud, su administrador de atención médica trabajará con usted y su doctor de cabecera para identificar a un proveedor de la red que ofrezca el mismo servicio.

Medicamentos con autorización previa

Algunos medicamentos pueden requerir autorización previa. Las decisiones de autorización previa para medicamentos se tomarán dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Si se necesita información adicional, UnitedHealthcare enviará una solicitud a su proveedor y emitirá una decisión final a más tardar 7 días hábiles desde la fecha de la solicitud. Consulte la lista de medicamentos de UnitedHealthcare en [UHCommunityPlan.com/IN](https://www.uhc.com/IN).

Otros seguros

Es importante que usted nos informe si tiene otro seguro. No cambiarán ninguno de los servicios o beneficios que usted recibe de UnitedHealthcare Community Plan. Intente elegir un PMP que trabaje tanto con UnitedHealthcare Community Plan como con su otro seguro. Esto nos ayudará a coordinar sus beneficios.

Informe siempre a su doctor si usted tiene otro seguro. Su otro seguro se considera su seguro principal. Es posible que paguen sus servicios médicos. Primero debe usar su plan de seguro primario. UnitedHealthcare Community Plan es su seguro secundario. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a pagar copagos, coseguros o deducibles que otros seguros pueden cobrarle. Asegúrese de mostrarle al doctor su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y de su otro seguro. Esto les ayudará a saber a dónde enviar la factura. Si no le dice a su doctor que tiene otro seguro, esto puede retrasar el pago de UnitedHealthcare Community Plan.

Su Administrador de atención le ayudará a administrar los beneficios. Asegúrese que su Defensor de Servicios para Miembros o Administrador de atención tenga toda la información de su seguro.

Coordinación de beneficios/responsabilidad de terceros

Sus beneficios de Medicaid bajo Hoosier Care Connect son el pagador de último recurso. Eso significa que pagarán solo después de que se hayan utilizado todas las demás fuentes/seguros.

Nuevos tratamientos médicos

Si usted o su doctor desean utilizar un nuevo tratamiento médico, llame a su Defensor de Servicios para Miembros o Administrador de atención. Nosotros queremos que usted esté saludable. Un grupo de doctores y especialistas revisará la solicitud de su doctor. Ellos le informarán a su PMP o especialista si el tratamiento es médicamente necesario y compartirán las razones de la decisión.

Programa de incentivos para proveedores

Su PMP participa en un programa que los anima a ver a nuestros miembros. Se enfoca en asegurarse que usted reciba la atención médica que necesita. Si desea recibir más detalles acerca de este programa, comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros.

Quejas y reclamaciones de los miembros

Si usted tiene un problema o una queja acerca de UnitedHealthcare Community Plan, solicite ayuda a su Defensor de Servicios para Miembros, Administrador de atención o a Servicios para Miembros. Si ellos pueden ayudarlo, su queja se considerará resuelta. En ese caso, usted no recibirá ningún otro aviso.

Si usted no está satisfecho con la respuesta de su Defensor de Servicios para Miembros, Administrador de atención o Servicios para Miembros, puede presentar una queja. Usted puede presentar una queja o reclamación en contra de nosotros (el plan de salud) o un proveedor con nosotros. Puede presentar su queja dentro de los 60 días calendario a partir del día en que ocurrió el problema.

Los miembros pueden presentar una queja por teléfono con Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**. Todos los miembros pueden presentar una agravio a través de este proceso.

Los miembros también pueden presentar una queja por escrito enviando a:

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

UnitedHealthcare Community Plan enviará una carta de reconocimiento dentro de 3 días hábiles a partir del día en que recibamos su queja.

Procedimientos del plan

Si su proveedor tiene su permiso por escrito, puede presentar una queja en su nombre. Nosotros tomaremos una decisión acerca de su queja dentro de 30 días calendario a partir de la fecha de recepción y después le notificaremos por escrito dentro de 5 días hábiles posteriores a la fecha de la decisión.

Si usted necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**. Información acerca de las quejas está disponible en formatos alternativos.

Si usted necesita servicios de defensa o asistencia adicional para navegar por un proceso o decisión del plan de salud, UnitedHealthcare proporciona un Defensor de Miembros/Coordinador de la no discriminación para que actúe como Defensor del Pueblo (ombudsman) o defensor de usted.

Notificación de determinación adversa de beneficios

Una determinación adversa de beneficios es cuando UnitedHealthcare Community Plan hace cualquiera de lo siguiente:

- Niega o limita un servicio solicitado según el tipo o nivel de servicio, satisfaciendo la necesidad médica, idoneidad, entorno, efectividad
- Reduce, suspende o da por terminado un servicio previamente autorizado
- Niega el pago parcial o total de un servicio
- No toma una decisión de autorización o no brinda servicios de manera oportuna
- No resuelve una queja o apelación de manera oportuna
- Niega la solicitud de un miembro rural de un servicios por fuera de la red cuando el plan de salud es el único en el área

Si UnitedHealthcare Community Plan toma una determinación adversa de beneficios, usted recibirá una carta llamada Notificación de Determinación Adversa de Beneficios. Esta carta le dirá:

- Lo que pidió su doctor
- Qué acción se tomó y por qué
- La guía utilizada para tomar la decisión
- Su derecho a apelar con United Healthcare Community Plan. Usted debe presentarnos una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.
- Cómo puede solicitar una apelación acelerada (urgente)

- Detalles sobre los pasos del proceso de apelación a través de UnitedHealthcare Community Plan antes de solicitar una Audiencia estatal imparcial
- Si estaba recibiendo beneficios, su derecho a que sus beneficios continúen durante su apelación y cómo hacerlo
- Si usted continúa recibiendo beneficios y se rechaza la apelación, es posible que deba pagar los costos de los servicios

Si no comprende su Notificación de Determinación Adversa de Beneficios, llame a Servicios para Miembros. Usted tiene derecho a conocer los criterios que se utilizan para tomar esas decisiones. Usted también puede presentar una queja si piensa que la carta no fue lo suficientemente clara. Los detalles acerca de sus opciones se encuentran en la sección Apelaciones en este manual.

Apelaciones

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan, puede pedirnos que revisemos la solicitud nuevamente. Esta solicitud de revisión se llama apelación. La apelación puede ser escrita o verbal. Si usted desea presentar una apelación verbal, llame a Servicios para Miembros.

UnitedHealthcare Community Plan le ayudará a completar los pasos relacionados con la presentación de una apelación. Su proveedor o representante también puede presentar una apelación en su nombre con su permiso por escrito. Las apelaciones deben iniciarse dentro de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de notificación.

Envíe su apelación por escrito a:

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

Cuando UnitedHealthcare Community Plan reciba su apelación, le enviaremos una carta dentro de los 3 días hábiles para informarle que recibimos su apelación. Si usted desea continuar con sus servicios durante el proceso de apelación, debe presentar su apelación e informarnos no más tarde de 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de Notificación de Determinación Adversa de Beneficios.

Procedimientos del plan

UnitedHealthcare Community Plan tomará una decisión dentro de 30 días calendario posteriores a la recepción y le notificará por escrito dentro de los 5 días hábiles de nuestra decisión. A esto se le llama apelación estándar.

Si usted necesita que su apelación se revise más rápidamente, puede solicitar una apelación acelerada (urgente) y le responderemos en un plazo de 48 horas.

Si se aprueba su solicitud de apelación acelerada, se convierte en una apelación estándar. Le notificaremos por escrito dentro de los 2 días posteriores a su solicitud. Intentaremos comunicarnos con usted por teléfono para que sepa el resultado. Una apelación estándar se revisará dentro de los 30 días calendario.

Si usted o UnitedHealthcare necesitan más tiempo para obtener o enviar información de otros lugares, el proceso de apelación puede demorar hasta 14 días calendario más. Si necesitamos información adicional, le daremos un aviso por escrito del motivo de la demora. La carta le explicará cómo presentar una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo.

Cuando UnitedHealthcare Community Plan decida su apelación, le enviaremos por correo una carta de Notificación de Resolución de Apelación. Esta carta le informará la razón por nuestra decisión. Si nosotros decidimos que usted no debe recibir el servicio denegado, la carta también le informará cómo solicitar una Audiencia estatal imparcial y/o una Revisión externa por parte de una Organización de revisión independiente si usted estaba recibiendo beneficios y acerca de su derecho a continuar recibiendo esos beneficios durante su Audiencia estatal imparcial y cómo solicitarlo.

No se pueden tomar represalias en su contra o en contra de su proveedor por presentar una apelación acelerada. Esto significa que UnitedHealthcare Community Plan no se incomodará con usted ni con su proveedor ni tratará de tomar represalias en contra de ambos por presentar una apelación acelerada.

Audiencia imparcial estatal

Una vez que haya presentado una apelación y haya recibido una decisión de su plan de salud, si aún no está satisfecho, puede apelar al estado. Tiene 120 días calendario a partir de la fecha de la decisión del plan de salud para apelar ante el estado. A esto se le llama audiencia estatal imparcial. Puede escribir una carta diciéndole al estado por qué cree que la decisión es incorrecta. Asegúrese que su nombre y otra información importante, como las fechas de la decisión, estén en la carta. Envíe su apelación a:

Office of Administrative Law Proceedings
402 West Washington Street, Room E034
Indianapolis, IN 46204

La Office of Administrative Law Proceedings (OALP) le enviará información acerca de cómo se manejará su Audiencia estatal imparcial. La OALP decidirá si la decisión de UnitedHealthcare Community Plan fue correcta. Usted o su representante pueden asistir a la Audiencia estatal imparcial. Si la OALP decide que la decisión de UnitedHealthcare Community Plan fue correcta, es posible que usted deba pagar los servicios que había apelado. Si la OALP decide que la decisión de UnitedHealthcare Community Plan no fue correcta, UnitedHealthcare Community Plan autorizará y pagará los servicios de inmediato.

Revisión externa por una organización de revisión independiente

Usted también puede solicitarle a UnitedHealthcare Community Plan una Revisión externa por parte de una organización de Revisión independiente (IRO). Debe solicitar la revisión de la IRO por escrito dentro de los 120 días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión de apelación. La IRO tomará una decisión dentro de los 15 días hábiles. La decisión de la IRO es vinculante, lo que significa que nosotros debemos obedecer su decisión.

¿Continuarán mis servicios durante el proceso de apelación?

Si usted presenta una apelación, seguirá recibiendo los servicios que ya estaba recibiendo siempre que presente la solicitud dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios. Sus servicios pueden continuar si:

- Su apelación implica la suspensión o reducción de servicios previamente aprobados
- Los servicios fueron ordenados por su proveedor autorizado
- El período original autorizado no ha expirado
- Solicita una prórroga

Si la apelación no se decide a su favor, UnitedHealthcare Community Plan puede exigirle que pague por los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

Procedimientos del plan

Preguntas y respuestas acerca de las apelaciones

P: ¿Qué sucede si necesito ayuda para presentar una queja o apelación o necesito un intérprete?

R: Si usted necesita ayuda para presentar una queja o apelación por cualquier motivo, comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

P: ¿Cómo presento una apelación?

R: Usted puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Todas las cartas de apelación deben enviarse a:

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

o, llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Usted puede presentar una queja o reclamación en contra nosotros (el plan de salud) o en contra un proveedor en nuestra red. Consulte la sección **Quejas y reclamaciones de los miembros** en este manual para obtener detalles acerca de la presentación.

Directivas anticipadas

Una directiva de salud anticipada es una forma legal. En ella, usted puede declarar qué atención médica desea en caso de que no pueda hablar o tomar decisiones más adelante.

- Usted puede declarar qué atención no desea
- Usted puede nombrar a otra persona, como su cónyuge, para que tome decisiones acerca de su atención médica si usted no puede hacerlo

Puede obtener un formulario de directiva anticipada en farmacias, hospitales, despachos de abogados y consultorios médicos. Es posible que deba pagar por el formulario. También puede buscar y descargar un formulario gratuito en internet. Usted puede pedirle a su familia, PCP o alguien de su confianza que lo ayude a completar el formulario.

Usted tiene derecho a que sus instrucciones anticipadas se incluyan en sus expedientes médicos. Tiene derecho a cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento. Tiene derecho a conocer los cambios en las leyes de directivas anticipadas.

68 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhc.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

UnitedHealthcare Community Plan proporciona información general sobre las directivas anticipadas; siempre consulte a su abogado o asesor legal antes de firmar cualquier documento legal.

Fraude, desperdicio y abuso

Cuando usted pone atención a cosas que pueden ser fraude, desperdicio o abuso, está ayudando a proteger el programa Hoosier Care Connect. Generalmente son agravios cometidos contra otros. Si usted piensa que un miembro de Hoosier Care Connect ha cometido un desperdicio, abuso o fraude, es su responsabilidad comunicárselo a alguien.

El fraude y el abuso son ilegales. Si usted comete actos fraudulentos o abusivos, puede perder su elegibilidad para Hoosier Care Connect. Las sanciones incluyen multas o cárcel.

Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso:

- Usted no informó a la FSSA, a su Defensor de Servicios para Miembros o al Administrador de atención que obtuvo una gran suma de dinero o que vendió su casa
- Proporciona una dirección falsa del lugar donde vive
- No le informa a la FSSA, a su Defensor de Servicios para Miembros o al Administrador de atención que usted está recibiendo dinero
- No informar que tiene otra cobertura de seguro. No le informa a la FSSA, a su Defensor de Servicios para Miembros o al Administrador de atención acerca de otros seguros que tenga
- No le notifica a su Defensor de Servicios para Miembros, Administrador de atención y FSSA cuando haya un cambio en el número de personas en su familia u otros cambios demográficos

Un proveedor puede cometer fraude, desperdicio o abuso. Algunos ejemplos son:

- Brindarle cuidados que no necesita
- Facturar por servicios que no recibió
- Mantenerlo en un hospital más tiempo del necesario
- Infligir daño físico o mental
- Hacer mal uso de su fondo fiduciario
- No llevar a cabo su plan de atención médica

Si usted piensa que se está cometiendo un fraude, desperdicio o abuso con los proveedores, el personal u otros miembros, llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**. No usaremos su nombre en su informe. Usted no tendrá problemas por informar de esto. Nosotros investigaremos este asunto por usted.

Procedimientos del plan

El estado de Indiana tiene una línea directa gratuita de fraude, desperdicio y abuso. Usted puede llamar al 1-800-403-0864. Los informes se pueden realizar de forma anónima.

Cambios de vida

Los cambios que debe informar a su Defensor de Servicios para Miembros incluyen:

- Adopción
- Matrimonio
- Nacimiento
- Mudarse a un nuevo condado
- Muerte
- Divorcio
- Mudarse a un nuevo estado
- Cambio de tutela
- Cambio de dirección
- Cambio de número de teléfono

Cambio de planes de salud

Usted tiene cada año, la opción de cambiar de plan durante la inscripción abierta anual. Esta es la fecha en la que se inscribe o se vuelve a re-inscribir en Hoosier Care Connect. Tiene noventa (90) días para cambiar de plan de salud cuando se convierte en un miembro nuevo o renueva su elegibilidad.

El estado de Indiana le enviará un aviso dos meses antes de la fecha en que puede cambiar. Si usted desea cambiar de plan de salud, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Nosotros queremos ayudarle antes que nada con cualquier problema que tenga.

Si usted desea cambiar de plan de salud y no es su período de inscripción abierta, es posible que aún pueda cambiar de plan en casos especiales. Algunas de las razones por las que puede cambiar su plan de salud son:

- Recibir atención de mala calidad
- No podemos brindarle los servicios cubiertos por el programa Hoosier Care Connect
- Barreras culturales o lingüísticas graves
- Falta de acceso a una clínica de atención primaria u otros servicios de salud que estén razonablemente cerca de donde vive
- Otro plan de salud ofrece medicamentos o tratamientos que nuestro plan de salud no ofrece
- Sin acceso a proveedores con experiencia en el tratamiento de sus necesidades de atención médica
- Su PMP deja nuestro plan de salud y se inscribe en otro plan de salud de Hoosier Care Connect

70 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Comuníquese con su Defensor de Servicios para Miembros para solicitar una solicitud de cambio de contratista del programa si desea cambiar de plan. Le ayudaremos a presentar una queja ante nuestro plan de salud. Primero debe seguir el proceso de quejas. Consulte la sección de **Quejas y reclamaciones de los miembros** de este manual para obtener más detalles.

Si no está satisfecho con el resultado y aún desea cambiar de plan de salud, puede solicitar un cambio de plan por causa justa. Maximus es el nombre del agente de inscripción que atiende al programa Hoosier Care Connect. Maximus procesará una solicitud de causa justa solo después de que se haya completado su queja.

Si su solicitud es para la continuidad de la atención médica, los directores médicos de ambos planes deben estar de acuerdo en que el cambio es necesario. De lo contrario, se rechazará su solicitud. Si se rechaza su solicitud, se le informará de la denegación. Usted tiene derecho a apelar.

Transición de la atención médica si cambia de plan

Si cambia de plan y tiene preguntas, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**. Un Coordinador de Transición lo ayudará con este proceso.

Nuestro Coordinador de transición se comunica con su nuevo plan de salud para asegurarse que tengan la información necesaria acerca de su atención médica. Esto incluye todas las autorizaciones y planes de atención médica actuales. Hacerle llegar esta información a su nuevo plan de salud ayudará a todos a mantenerse conectados con el tratamiento necesario durante la transición. Nuestro Coordinador de transición está disponible para usted y para el otro plan de salud para responder a las preguntas.

Recomendaciones para cambios

Nosotros siempre estamos interesados en lo que usted tiene que decir. Si desea recomendar un cambio en un servicio, programa o procedimiento del plan de salud, háganoslo saber. Usted puede:

- Enviar un correo electrónico a través de su cuenta del portal de miembros en myuhc.com
- Comunicarse con su defensor de servicios para miembros, quien anotará su sugerencia y la enviará a la persona adecuada
- Escribir una carta y enviarla a:

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 31349
Salt Lake City, UT 84130-9702

Otros detalles del plan

Derechos y responsabilidades de los miembros

Derechos de los miembros

Usted tiene el derecho de:

- Ser tratado con respeto y con la debida consideración por su dignidad y privacidad
- Recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores
- Recibir información acerca de sus opciones y alternativas de tratamiento, de una manera en que pueda comprenderlas
- Hablar con sus proveedores y el plan de salud acerca de su plan de tratamiento y atención médica
- Recibir información sobre opciones de tratamiento sin importar el costo o la cobertura
- Rechazar el tratamiento directamente o mediante una directiva anticipada
- Participar con los médicos en la toma de decisiones sobre su atención médica
- Estar libre de cualquier acción de ser retenido en contra de su voluntad o aislado de los demás cuando estas acciones tengan la intención de presionarlo para que haga usted algo, castigarlo o ejercer represalias en su contra o ser retenido en su contra para facilitar el trabajo al personal médico
- Revisar sus expedientes médicos y solicitar cambios y/o adiciones a cualquier área que considere necesaria
- Cambiar su PMP en cualquier momento y por cualquier motivo
- Informar si no está satisfecho con su tratamiento o con nosotros; y que puede esperar una pronta respuesta
- Expresar quejas o presentar una apelación
- Conocer que no lo tratarán mal si presenta una queja o reclamación sobre el plan de salud o la atención brindada
- Hacer sugerencias acerca de nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los miembros

- Hablar con su Defensor de Servicios para Miembros o Administrador de atención para hacer preguntas, obtener ayuda o comprender mejor su atención médica
- Recibir información:
 - En el formato que necesite, como braille, letra grande o audio
 - En el idioma que necesita

Responsabilidades de los miembros

Usted tiene la responsabilidad de:

Usar los servicios

- Hacer preguntas si no comprende sus derechos o el plan de tratamiento
- Mantener sus citas
- Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir a ellas
- Comunicarse primero con su PMP para necesidades médicas que no sean de emergencia
- Comprender cuándo debe y cuándo no debe ir a una sala de emergencias
- Saber a quién llamar si necesita que lo lleven al doctor o para otros servicios cubiertos
- Tratar a los proveedores y al personal del plan de salud con respeto y dignidad
- Estar en control de su reunión de planificación
- Preguntar a cualquiera persona que usted quiera que asista a sus reuniones de planificación
- Elegir sus metas en las que desea trabajar y en lo que está en su plan
- Seguir los planes y las instrucciones para la atención acordada
- Programar su reunión de planificación enfocada en su persona, programada en el lugar y cuándo las personas a las que quiera que asistan estén disponibles
- Aceptar los servicios que desea de la elección de servicios que pueda tener
- Elegir a un proveedor disponible que quiera brindarle sus servicios
- Saber que es posible que usted necesite ayuda de su tutor, familia y/o amigos para tomar buenas decisiones

Otros detalles del plan

Proporcionar información

- Informar a su PMP y al Defensor de Servicios para Miembros o Administrador de atención acerca de su salud y cambios en la salud
- Informar a su Defensor de Servicios para Miembros acerca de los cambios en su seguro privado. Esto incluye agregar o cancelar otro seguro.
- Hablar con sus proveedores y con su Administrador de atención acerca de su atención médica. Haga preguntas acerca de las formas en que se pueden tratar sus problemas de salud.
- Notificar a su Administrador de atención y a la FSSA de Indiana si cambia el número de personas en su familia, si se muda o si cambian sus ingresos

“Vidas más saludables. Usted más saludable”.

- Trabajar en equipo con su PMP y su Administrador de atención para decidir qué atención médica es la mejor para usted
- Entender cómo lo que usted hace puede afectar su salud
- Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable
- Tratar a los proveedores y al personal con respeto. Esto incluye abstenerse del uso de comentarios despectivos, insultos raciales o étnicos, blasfemias hacia los proveedores, cuidadores y/o administradores de atención médica.

Recursos comunitarios

Salud conductual

Línea directa de adicciones de Indiana
(las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
(Indiana Addiction Hotline 24/7)

<https://www.in.gov/fssa/addiction/>

(charla en internet)

1-800-662-HELP (4357)

Look Up Indiana (las 24 horas del día,
los 7 días de la semana)

www.lookupindiana.org

(Charla o texto en internet)

1-877-257-0208

Mental Health America of Indiana

www.mhai.net

1-317-638-3501

Alianza Nacional de Enfermedades Mentales
(National Alliance on Mental Illness NAMI)

1-800-677-6442

www.nami.org

Información y referencias para Opioides
(Opioid Information and Referral)

<https://www.in.gov/recovery/know-the-facts/index.html>

Overdose Lifeline, Inc.

1-844-554-3354

www.overdoselifeline.org

KEY Warmline

Llamada gratuita: 1-800-933-5397

Línea de Vida Nacional para la Prevención del Suicidio
(National Suicide Prevention Lifeline)

Llamada gratuita: 1-800-273-8255

<https://suicidepreventionlifeline.org/>

Línea directa para el Suicidio en Adolescente
(Teen Suicide Hotline)

Llamada gratuita: 1-800-784-2433

Necesidades sociales

211 Indiana

Marque el 2-1-1 en Indiana o 1-866-211-9966,
TTY 711

<http://www.in211.communityos.org>

Find Help

<http://www.findhelp.org>

Directorio de asistencia para alimentos
(Food Assistance Directory)

<https://www.in.gov/fssa/dfr/food-assistance-availability-map/>

AARP Voces Amistosas (Friendly Voices)

1-888-281-0145

SNAP (asistencia alimentaria)

<https://www.in.gov/fssa/dfr/snap-food-assistance/>

Condiciones médicas a largo plazo

Sociedad Americana del Cáncer
(American Cancer Society)

www.cancer.org

1-800-227-2345

Asociación Americana de la Diabetes
(American Diabetes Association)

www.diabetes.org

Llamada gratuita: 1-800-DIABETES

(1-800-342-2383)

Otros detalles del plan

Sociedad Americana Cardíaca (American Heart Association)

www.heart.org

1-800-242-8721

Sociedad Americana Pulmonar (American Lung Association)

www.lung.org

1-800-586-4872

Sociedad Americana de Infartos (American Stroke Association)

www.stroke.org

The ARC of Indiana

1-800-382-9100

www.arcind.org

Asociación de Alzheimer's de Indiana (Indiana Alzheimer's Association)

<http://www.alz.org/indiana/>

o por teléfono: 1-800-272-3900 para la línea directa de la Asociación de Alzheimer's disponible las 24 horas

Recursos para niños

Acerca de los niños especiales

1-800-964-4746

www.aboutspecialkids.org

Voces de Familia

1-844-323-4636

www.fvindiana.org

Programa First Steps

<https://www.in.gov/fssa/firststeps/>

Head Start

<https://www.indianaheadstart.org/>

WIC

1-800-522-0874

Otros recursos

Cobertura de Niños y Familias (Covering Kids and Families)

1-888-975-4CKF

www.ckfindiana.org

Recursos para amamantar de Indiana (Indiana Breastfeeding Resources)

<https://www.in.gov/isdh/25939.htm>

Coalición en contra de la violencia sexual y doméstica de Indiana (Indiana Coalition Against Sexual and Domestic Violence)

<https://icadvinc.org/>

Llamada gratuita a la línea directa las 24 horas del día, los 7 días de la semana: 1-800-332-7385

Videoconferencia para personas con impedimentos de audición: 1-317-644-6206

Coalición de salud para minorías de Indiana (Indiana Minority Health Coalition)

1-317-926-4011

www.imhc.org

Control de envenenamiento

1-800-222-1212

www.poison.org

Para dejar el uso del Tabaco y productos para vaping

1n-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)

Línea de ayuda para personas maduras (las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

1-602-264-4357

División de Indiana para personas maduras (Indiana Division of Aging)

<https://www.in.gov/fssa/da/index.html>

76 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCCommunityPlan.com/IN, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

Definiciones del plan de salud

Apelación — Solicitud para la revisión de una decisión que deniega o limita un servicio.

Enfermera partera certificada (CNM) — Una persona certificada por el American College of Nursing Midwives (ACNM) en base de un examen de certificación nacional y con licencia para ejercer en Indiana por la Junta Estatal de Enfermería. Los CNM practican la administración independiente de la atención médica de las mujeres embarazadas y los recién nacidos, proporcionando atención de preparto, intraparto, posparto, ginecológica y neonatal, dentro de un sistema de atención médica que ofrece consulta médica, administración colaborativa o referencia.

Copago — Dinero que se le pide a un miembro que pague por un servicio de salud cubierto, cuando se brinda el servicio.

Equipo Médico Durable — Equipos y suministros solicitados por un proveedor de atención médica por una razón médica para uso repetido.

Cuidados en una sala de emergencias — Cuidados que usted obtiene en una sala de emergencia.

Servicios de emergencia — Servicios para dar tratamiento en una condición de emergencia.

Reclamación — Una queja que el miembro comunica a su plan de salud. No incluye una queja por la decisión de un plan de salud de denegar o limitar una solicitud de servicios.

Hospitalización — Admisión y permanencia en un hospital.

Proveedor dentro de la red — Un proveedor de atención médica que tiene un contrato con su plan de salud.

Medicamento necesario — Un servicio brindado por un doctor o un profesional de la salud autorizado que ayuda con problemas de salud, detiene enfermedades, discapacidades o prolonga la vida.

Red — Doctores, proveedores de atención médica, proveedores de materiales y hospitales que tienen contrato con un plan de salud para brindar atención a los miembros.

Proveedor por fuera de la red — Un proveedor de atención médica que tiene un acuerdo de proveedor con la FSSA, pero no tiene un contrato con su plan de salud. Es posible que usted sea responsable del costo de la atención médica de los proveedores por fuera de la red.

Paciente ambulante — Cuidados recibidos en un hospital que usualmente no requieren de una estadía por la noche.

Otros detalles del plan

Especialista de apoyo de pares — Un servicio proporcionado por un especialista certificado (que ha vivido una experiencia y ha recibido ellos mismos servicios de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias) para ayudarlo a aprender a manejar las dificultades en su vida.

Asistente médico (PA) — Un proveedor de atención médica que practica la medicina en un equipo bajo la supervisión de doctores. Están educados formalmente para examinar a los pacientes, diagnosticar lesiones y enfermedades, recetar medicamentos, ordenar e interpretar pruebas de diagnóstico, referir a los pacientes a especialistas según sea necesario y proporcionar tratamiento.

Servicios de doctor — Servicios para los cuidados de la salud, ofrecidos por un doctor con licencias.

Cuidados de posparto — Atención médica brindada por un período de días después del parto. Se incluyen los servicios de planificación familiar.

Practicante — Referencia a enfermeras practicantes certificadas en partería, asistentes médicos y otras enfermeras practicantes. Los asistentes médicos y las enfermeras practicantes se definen en A.R.S. Título 32, Capítulos 15 y 25, respectivamente.

Medicamentos de receta — Medicamentos ordenados por un profesional de la salud y administrados por un farmacéutico.

Proveedor Médico Primario (PMP) — Una persona que es responsable de la administración de la atención médica del miembro. Un PMP puede ser:

- Una persona con licencia como un doctor alopático u osteopático, o
- Un doctor definido como asistente médico con licencia, o
- Una enfermera practicante certificada.

Autorización previa — Aprobación de un plan de salud que puede ser necesaria antes de recibir un servicio. Esta no es una promesa de que el plan de salud cubrirá el costo del servicio.

Proveedor — Una persona o grupo que tiene un acuerdo con la FSSA para brindar servicios a los miembros de la FSSA.

Enfermera psiquiátrica — Una enfermera de salud mental que brinda una amplia variedad de servicios médicos y psiquiátricos. Esto incluye la evaluación y el tratamiento de enfermedades mentales, la administración de la atención médica y la psicoterapia.

Psiquiatra — Un doctor que se especializa en el diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas emocionales y de salud mental y puede recetar medicamentos.

Psicólogo — Una persona capacitada para administrar e interpretar una serie de pruebas y evaluaciones que pueden ayudar a diagnosticar una afección o brindar más información acerca de la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Los psicólogos también pueden brindar terapia de conversación.

Rehabilitación — Servicios que ayudan a una persona a restaurar y mantener las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o deteriorado.

Especialista — Un doctor que practica en un área específica de la medicina o se enfoca en un grupo de pacientes.

Cuidados médicos de urgencia — Atención médica de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para buscar atención inmediata, pero no lo suficientemente grave como para requerir atención médica en una sala de emergencias.



Los servicios por contrato se financian bajo contrato con el Estado de Indiana. UnitedHealthcare Community Plan no da un tratamiento diferente a sus miembros en base a su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

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

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m. EST, de lunes a viernes.

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

Internet:

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

Los formularios para las quejas se encuentran disponibles en:

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

Teléfono:

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

Correo:

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

Si necesita ayuda para presentar su queja, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Se proporcionan servicios para ayudarle a comunicarse con nosotros, tales como otros idiomas o letra grande, sin costo para los miembros. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame a Servicios para Miembros del **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m. EST, de lunes a viernes.

CSIN20MC4852853_000

80 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com/IN, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

ATTENTION: If you speak English language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-832-4643, TTY 711**.

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), tiene a su disposición servicios de asistencia gratuitos en su idioma. Llame al **1-800-832-4643, TTY 711**.

注意：如果您說中文 (Chinese)，您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-800-832-4643，聽障專線 (TTY) 711**。

HINWEIS: Wenn du Deutsch (German) sprichst, stehen dir kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Anrufe unter **1-800-832-4643, TTY 711**.

Attention: Vann du Pennsylvania Deitsch (Pennsylvania Dutch) shvetsht, dann kansht du hilf greeya funn ebbah es deitsch shvetzt, un's kosht dich nix. **Call 1-800-832-4643, TTY 711**.

သတိမူရန်- သင်သည် မြန်မာ (Burmese) စကားပြောတတ်လျှင်၊ ဘာသာစကားအကူအညီအား အခမဲ့ရယူနိုင်ပါသည်။ ခေါ်ဆိုရန် **1-800-832-4643, TTY 711**။

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية (Arabic)، فنتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على الرقم **2464-383-800-1**، الهاتف النصي **TTY 711**.

참고: 한국어(Korean)를 구사하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-832-4643(TTY는 711)번으로 문의하십시오.**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt (Vietnamese), chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số **1-800-832-4643, TTY 711**.

ATTENTION : si vous parlez français (French), vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le **1-800-832-4643, TTY 711**.

注意：日本語 (Japanese) をお話しになる場合は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。電話番号 **1-800-832-4643、または TTY 711** までご連絡ください。

LET OP: Als u Nederlands (Dutch) spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van taalhelpdiensten. Bel **1-800-832-4643, TTY 711**.

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog (Tagalog), may magagamit kang mga serbisyo na pantulong sa wika na walang bayad. Tumawag sa **1-800-832-4643, TTY 711**.

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски (Russian), Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика. Позвоните: **1-800-832-4643, TTY 711**.

ਸਾਵਧਾਨ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਬੋਲਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-832-4643, TTY 711 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी (Hindi) बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-832-4643, TTY 711 पर कॉल करें।**

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

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

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

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo usamos o compartimos su información

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal
- Agencias gubernamentales

Tenemos derecho a usar y compartir su información médica para ciertos propósitos. Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información médica de la siguiente forma:

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

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proveerle información acerca de programas o productos relacionados con la salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios alternativos. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de afiliaciones, desafiliaciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos usar su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos usar su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios de salud.

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

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas relacionadas con su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto puede suceder si usted no puede aceptar o presentar oposición. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto puede realizarse para prevenir brotes de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia autorizada por ley a recibir esta información de médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.

Otros detalles del plan

- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionar atención médica; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales** en caso de que sea necesario para que le proporcionen sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Nosotros cumpliremos con las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Alcohol y abuso de sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
 4. Enfermedades transmisibles
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

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

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información médica. Deberá hacer la solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá hacer la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información médica.
- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información médica durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá las divulgaciones de información médica realizadas por los siguientes motivos: (i) Para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También podría obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).

Otros detalles del plan

Cómo usar sus derechos

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

También puede notificarlo al **Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services)**. No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

¹ Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

Aviso de privacidad de la información financiera

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

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

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

Información que recopilamos

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

Divulgación de la información financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Otros detalles del plan

Preguntas sobre este aviso

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

² Para los propósitos de este Aviso de privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; Lifestrip East, Inc.; Lifestrip Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO of Florida, Ltd.; POMCO West, Inc.; POMCO, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services LLC; y UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros médicos en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.



Estamos aquí para usted

Recuerde, siempre estamos listos para responder a cualquier pregunta que usted pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**. Usted también puede visitar nuestro sitio en internet en UHCCommunityPlan.com/IN.

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 31349
Salt Lake City, UT 84131

UHCCommunityPlan.com/IN

1-800-832-4643, TTY **711**

United
Healthcare
Community Plan

