



Bienvenido a la comunidad

UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota Manual para Miembros de Familias y Niños

Esto también se conoce como Programa de Asistencia Médica Prepago
(Prepaid Medical Assistance Program – PMAP).

Este manual contiene información importante acerca de sus servicios de atención médica.

Servicios para Miembros:

1-888-269-5410, TTY **711**, o utilice sus servicios de retransmisión preferidos.

Esta llamada es gratuita.

8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes

12700 Whitewater Drive
Minnetonka, Minnesota 55343

myuhc.com/CommunityPlan

Notificación de los Derechos Civiles

La discriminación es ilegal. UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Credo
- Religión
- Orientación sexual
- Estado de asistencia pública
- Edad
- Discapacidad (incluida la discapacidad física o mental)
- Sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)
- Estado civil
- Creencias políticas
- Condición médica
- Estado de salud
- Recepción de servicios sanitarios
- Previas reclamaciones
- Historial médico
- Información genética

Usted tiene el derecho a presentar una queja por discriminación si cree que UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota lo trató de manera discriminatoria. Usted puede presentar una queja y solicitar ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico en:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130
Llamada gratuita: **1-888-269-5410**, TTY **711**
Correo electrónico: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

Apoyos y servicios auxiliares: UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota proporciona gratuitamente y de manera oportuna apoyos y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. **Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-269-5410.**

Servicios de asistencia con el idioma: UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota proporciona documentos traducidos e interpretación del lenguaje hablado, gratuitamente y de manera oportuna, cuando los servicios de asistencia con el idioma son necesarios para garantizar que las personas que hablan inglés de manera limitada tengan un acceso significativo a nuestra información y servicios. **Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-269-5410.**

Quejas acerca de los derechos civiles

Usted tiene el derecho a presentar una queja por discriminación si cree que UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota lo trató de manera discriminatoria. También puede comunicarse con cualquiera de las siguientes agencias directamente para presentar una queja por discriminación:

Oficina de los Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos

Usted tiene el derecho a presentar una queja ante la OCR, una agencia federal, si piensa que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Edad
- Discapacidad
- Sexo
- Religión (en algunos casos)

Comuníquese con **OCR** directamente para presentar una queja al:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Midwest Region
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601

Centro de Respuesta al Cliente: Llamada gratuita al: 800-368-1019
TDD llamada gratuita al: 800-537-7697
Correo electrónico: **ocrmail@hhs.gov**

Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

En Minnesota, usted tiene el derecho de presentar una queja ante MDHR si usted ha sido discriminado por cualquiera de las siguientes razones:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Religión
- Credo
- Sexo
- Orientación sexual
- Estado civil
- Estado de asistencia pública
- Discapacidad

Contacte a **MDHR** directamente para presentar una queja en:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201
St. Paul, MN 55104

Voz: **651-539-1100**

Llamada gratuita: **800-657-3704**

MN Relay: **711** o **800-627-3529**

Fax: 651-296-9042

Correo electrónico: **Info.MDHR@state.mn.us**

Minnesota Department of Human Services (DHS)

Usted tiene derecho a presentar una queja ante DHS si piensa que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica debido a cualquiera de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Religión (en algunos casos)
- Edad
- Discapacidad (incluida la discapacidad física o mental)
- Sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)

Las quejas deben presentarse por escrito y presentarse dentro de 180 días posteriores a la fecha en que sucedió la presunta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección y describir la discriminación por la que se presenta la queja. Lo revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si nosotros tenemos la autoridad, investigaremos la queja.

DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Usted tiene derecho a presentar una apelación si usted no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué usted no está de acuerdo con la decisión. Incluya cualquier información adicional que usted piense que es importante.

Si usted presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no pueden tomar represalias en su contra. Esto significa que no pueden castigarlo de ninguna manera por presentar una queja. El presentar una queja de esta manera no le impide a usted de buscar otras acciones legales o administrativas.

Contacte **DHS** directamente para presentar una queja por discriminación en:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access División
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
Voz: 651-431-3040 o use el servicio de transmisión que prefiera

Declaración de salud de los indígenas estadounidenses

Los indígenas estadounidenses pueden continuar o comenzar a usar las clínicas tribales y de los Servicios de salud para indígenas (IHS). No necesitaremos aprobación previa ni impondremos ninguna condición para que reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años o más, esto incluye los servicios de Exención para personas mayores (EW) a los que se accede a través de la tribu. Si un doctor u otro proveedor de una clínica tribal o de IHS lo refiere a un proveedor de nuestra red, no le solicitaremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes de la referencia.

1-888-269-5410, TTY 711

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

ያስተውሉ: ከላምንም ክፍያ ይህንን ዶኩመንት የሚተረጎምሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤစာရွက်စာတမ်းအား အခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။*

កំណត់សម្គាល់: បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះ ដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមលេខខាងលើ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သျှ်ဟ်သး. နမ့ၢ်လိၣ်ဘၣ်တၢ်မၤစၢၤကလီၣ်နၤလၢ တၢ်ကကွဲးကျိးထံဝဲဒၣ် လံာ်တီလံာ်မိတခါအံၤအဃိ ကိးလိတဲစိနိၣ်ဂံၢ် လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ ວິ, ຈົ່ງໂທໂປທີ່ໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

Tabla de contenido

Bienvenido a UnitedHealthcare	8
Sección 1: Números de teléfono e información de contacto	10
Sección 2: Información importante sobre cómo recibir la atención que necesita	13
Sección 3: Declaración de derechos de los miembros	20
Sección 4: Responsabilidades del miembro	22
Sección 5: Su tarjeta de identificación (ID) de miembro del plan de salud	23
Sección 6: Costos compartidos	24
Sección 7: Servicios cubiertos	27
Sección 8: Servicios que no cubrimos	65
Sección 9: Servicios que no están cubiertos por el plan pero que pueden estar cubiertos a través de otra fuente	66
Sección 10: Cuándo llamar al trabajador social de su condado	68
Sección 11: Uso de la cobertura del plan con otro seguro	69
Sección 12: Subrogación u otra reclamación	70
Sección 13: Proceso de reclamación, apelación y Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal)	71
Sección 14: Definiciones	78
Sección 15: Información adicional	86

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 7

Bienvenido a UnitedHealthcare

Nos complace darle la bienvenida como miembro de UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota (denominado “UnitedHealthcare”, “Plan” o “el Plan”). UnitedHealthcare (denominado "nosotros", "nos" o "nuestro") es parte del programa Families and Children (Familias y Niños). Coordinamos y cubrimos sus servicios médicos. Obtendrá la mayoría de sus servicios de salud a través de la red de proveedores del plan. Cuando necesite atención médica o tenga preguntas acerca de sus servicios de salud, puede llamarnos. Le ayudaremos a decidir qué hacer y a qué doctor debe ver.

Si es un nuevo miembro en UnitedHealthcare, recibirá una encuesta para nuevos miembros para completar por teléfono o en internet. Esta es una encuesta voluntaria. Solo tardará unos minutos en completarse. Le animamos a que complete esta encuesta. La encuesta nos ayudará a conectarlo con los servicios de atención médica u otros servicios disponibles para usted como miembro. Según sus respuestas, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional. Si tiene preguntas acerca de esta encuesta, llame a Servicios para Miembros.

Este manual para miembros es nuestro contrato con usted. Este es un documento legal importante.

Este manual para miembros incluye:

- Información de contacto
- Información sobre cómo recibir la atención que necesita
- Sus derechos y responsabilidades como miembro ante el plan
- Información sobre costos compartidos
- Una lista de los servicios de atención médica cubiertos y no cubiertos
- Cuando llamar al trabajador social de su condado
- Usar la cobertura del Plan con otro seguro u otras fuentes de pago
- Información sobre qué hacer si tiene una reclamación (queja) o desea apelar una acción del Plan, como se define en la Sección 13
- Definiciones

Los condados en el área de servicio del Plan son los siguientes:

- Anoka
- Carver
- Dakota
- Hennepin
- Ramsey
- Scott
- Washington

Por favor díganos cómo lo estamos haciendo. Usted puede llamarnos en cualquier momento. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**. Sus comentarios siempre son bienvenidos, ya sean positivos o negativos. De vez en cuando, nosotros realizamos encuestas en las que solicitamos a nuestros miembros que relaten sus experiencias con nosotros. Si lo contactamos, esperamos que participe en una encuesta de satisfacción de miembros. Sus respuestas a las preguntas de la encuesta nos ayudarán a saber qué estamos haciendo bien y cómo podemos mejorar.

Sección 1: Números de teléfono e información de contacto

Cómo comunicarse con nuestro departamento de Servicios para Miembros

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, llame a Servicios para Miembros. Estaremos encantados de ayudarle. El horario de servicio de Servicios para Miembros es de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.

Llame **1-888-269-5410, TTY 711**

Sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan/MN

Sitio en internet móvil **Aplicación UnitedHealthcare**

Apelaciones y reclamaciones Fax: **801-994-1082**

Dirección para presentar una apelación o una queja por escrito:

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

Vea la sección 13 para obtener más información.

Servicios quiroprácticos **1-888-269-5410, TTY 711**

Servicios dentales **1-888-269-5410, TTY 711**

Criterios de cobertura de equipo médico duradero **1-888-269-5410, TTY 711**

10 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410, TTY 711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

Sección 1: Números de teléfono e información de contacto

Línea de enfermería (NurseLine)	1-800-718-9066, TTY 711
Las enfermeras registradas de NurseLine brindan a los consumidores elegibles acceso al apoyo clínico inmediato las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, mediante un número gratuito o en una charla en internet.	
Servicios de intérprete:	
Lenguaje de señas americano (ASL)	1-888-269-5410, TTY 711
Idioma hablado	1-888-269-5410, TTY 711
Servicios de salud mental y salud conductual	1-888-269-5410, TTY 711
Recetas	1-888-269-5410, TTY 711
Servicios para trastornos por el uso de sustancias	1-888-269-5410, TTY 711
Transporte	1-888-444-1519, TTY 711

Otra información de contacto importante

Las personas con pérdida auditiva o discapacidad del habla pueden llamar a los siguientes números para acceder a los recursos enumerados en este manual para miembros: **711**, Minnesota Relay Service al 1-800-627-3529 (TTY, Voice, ASCII, Hearing Carry Over), o 1-877-627-3848 (servicio de retransmisión de voz a voz). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Para obtener información y conocer más acerca de las directivas de atención médica y cómo ejercer una directiva anticipada, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare al **1-888-269-5410, TTY 711**. Usted puede encontrar más información acerca de las directivas de atención médica: myuhc.com/CommunityPlan. También puede visitar el sitio en internet del Departamento de Salud de Minnesota (MDH) en: <https://www.health.state.mn.us/facilities/regulation/infobulletins/advdir.html>.

Para denunciar fraude y abuso UnitedHealthcare por teléfono al 1-844-359-7736 o en línea en <https://www.uhc.com/fraud>. Para denunciar fraude o abuso directamente al estado, comuníquese con la Sección de Revisión de Vigilancia e Integridad (SIRS) del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS) por teléfono al 651-431-2650 o al 1-800-657-3750 (sin cargo) o TTY 711; o utilice sus servicios de retransmisión preferidos; por fax al 651-431-7569; o por correo electrónico a DHS.SIRS@state.mn.us. Esta llamada es gratuita.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410, TTY 711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 11

Sección 1: Números de teléfono e información de contacto

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota

El Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS) es una agencia estatal que ayuda a las personas a satisfacer sus necesidades básicas. Proporciona o administra atención médica, ayuda financiera y otros servicios. El DHS administra el programa de Asistencia Médica (Medicaid) a través de los condados. Si usted tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Asistencia Médica (Medicaid), comuníquese con el trabajador social de su condado.

Defensor del Pueblo para Programas públicos de atención médica administrada

El Defensor del Pueblo para Programas públicos de atención médica administrada del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota ayuda a las personas inscritas en un plan de salud a resolver problemas de acceso, servicio y facturación. Ellos pueden ayudarlo a presentar una queja o apelación ante nosotros. El Defensor del Pueblo también puede ayudarlo a solicitar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial con el Estado). Llame al 651-431-2660 o al 1-800-657-3729 o al TTY 711. Esta llamada es gratuita. El horario de servicio es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Sección 2:

Información importante sobre cómo recibir la atención que necesita

Cada vez que usted reciba servicios de salud, asegúrese que el proveedor sea un proveedor de la red del plan. En la mayoría de los casos, usted debe utilizar los proveedores de la red del plan para obtener sus servicios. Los miembros tienen acceso a un directorio de proveedores que enumera los proveedores de la red del plan. Usted puede solicitar una copia impresa de este manual en cualquier momento. Para verificar la información actual, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

Cuando usted es un miembro o se convierte en miembro de UnitedHealthcare, eligió o fue asignado a un proveedor de atención primaria (PCP). Su proveedor de atención primaria (PCP) puede brindarle la mayoría de los servicios de atención médica que necesita y lo ayudará a coordinar su atención médica. Este proveedor también le informará si usted necesita acudir a especialistas. Usted puede cambiar de proveedor de atención primaria (PCP). Comuníquese con Servicios para Miembros para cambiar de proveedor.

Usted no necesita una referencia para ver a un proveedor. Sin embargo, su clínica de atención primaria puede brindarle la mayoría de los servicios de atención médica que necesita y lo ayudará a coordinar su atención.

Comuníquese con su clínica de atención primaria para obtener información sobre el horario de la clínica, autorizaciones previas y para programar una cita. Si no puede ir a su cita, llame a su clínica de inmediato.

Usted puede cambiar de proveedor de atención primaria o de clínica. Para conocer cómo hacer esto, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

Transición de cuidados

Si usted es un miembro recién inscrito que actualmente recibe atención médica de un proveedor que no es un proveedor de la red del plan, le ayudaremos a llevar a cabo la transición a un proveedor de la red.

Si un medicamento que usted está tomando no está cubierto por su nuevo plan, es posible que pueda recibir un suministro temporal hasta por 90 días. Para más información llame a Servicios para Miembros.

Autorizaciones previas

Se necesita nuestra aprobación para que algunos servicios estén cubiertos. A esto se le llama autorización previa. La aprobación debe obtenerse antes que usted reciba los servicios o antes que nosotros los paguemos. Muchos de estos servicios se describen en la Sección 7. Trabaje con su proveedor de atención primaria para obtener una autorización previa cuando sea necesario. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

En la mayoría de los casos, debe utilizar los proveedores de la red del plan para obtener sus servicios. Si necesita un servicio cubierto que no puede obtener de un proveedor de la red del plan, debe obtener una autorización previa de nuestra parte para visitar a un proveedor fuera de la red. Las excepciones a esta regla son:

- Servicios de acceso abierto: planificación familiar, diagnóstico de infertilidad, pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y pruebas de detección síndrome de inmunodeficiencia (SIDA) u otras afecciones relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Puede acudir a cualquier médico, clínica, farmacia o agencia de planificación familiar, incluso si no está en nuestra red, para obtener estos servicios.
- Servicios de emergencia y posestabilización

Sección 2: Información importante sobre cómo recibir la atención que necesita

Si no podemos encontrarle un proveedor calificado de la red del Plan, debemos darle una autorización previa permanente para que vaya a un especialista calificado para cualquiera de las siguientes condiciones:

- Una condición crónica (en curso)
- Una enfermedad física o mental potencialmente mortal
- Un embarazo que supera los primeros tres meses (primer trimestre)

Si usted no obtiene una previa autorización de nosotros, cuándo sea necesaria, la factura puede no ser pagada. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-888-289-5410**, TTY **711**. Si el proveedor que usted elige ya no está en la red de nuestro plan, debe elegir otro proveedor de la red del plan. Es posible que usted pueda seguir utilizando los servicios de un proveedor que ya no sea parte de la red de nuestro plan hasta por 120 días por las siguientes razones:

- Una condición grave
- Una enfermedad física o mental potencialmente mortal
- Un embarazo que pase de los primeros tres meses (primer trimestre)
- Una discapacidad física o mental definida como la incapacidad para participar en una o más actividades importantes de la vida diaria. Esto se aplica a una discapacidad que ha durado o se espera que dure al menos un año o que es probable que provoque la muerte.
- Una enfermedad que discapacita o crónica que se encuentra en una fase aguda

Si su doctor certifica que usted tiene una vida prevista de 180 días o menos, es posible que pueda seguir utilizando los servicios por el resto de su vida de un proveedor que ya no forme parte de nuestra red.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

En UnitedHealthcare, nosotros contamos con personal que puede ayudarle a determinar la mejor manera de utilizar los servicios de atención médica. Si usted tiene preguntas acerca de dónde obtener servicios, obtener autorización para servicios o restricciones acerca de medicamentos recetados, nosotros podemos ayudarlo. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**. Si usted necesita ayuda con el idioma para hablar acerca de estos temas, UnitedHealthcare puede brindarle información en su idioma a través de un intérprete. Para obtener servicios de lenguaje de señas, llame a TTY **711**. Para obtener asistencia en otros idiomas, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Sección 2: Información importante sobre cómo recibir la atención que necesita

Servicios cubiertos y no cubiertos

La inscripción en el plan no garantiza que ciertos artículos estén cubiertos. Es posible que algunos medicamentos recetados o equipos médicos no estén cubiertos. Esto es cierto incluso si estuvieran cubiertos anteriormente.

Algunos servicios y suministros no están cubiertos. Todos los servicios de salud deben ser médicamente necesarios para que sean servicios cubiertos. Lea este Manual para Miembros con atención. Enumera muchos servicios y suministros que no están cubiertos. Consulte las secciones 7 y 8.

Algunos servicios no están cubiertos por el plan, pero pueden estar cubiertos a través de otra fuente. Consulte la Sección 9 para obtener más información. Si no está seguro si un servicio está cubierto, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

Podemos cubrir servicios adicionales o sustitutos bajo algunas condiciones.

Costos compartidos

Es posible que deba contribuir una cantidad para algunos servicios médicos. A esto se le llama costo compartido. Usted es responsable de pagar su costo compartido a su proveedor. Consulte la Sección 6 para obtener más información.

Pagos a proveedores

No podemos reembolsarle la mayoría de las facturas médicas que usted paga. Las leyes estatales y federales nos impiden pagarle a usted directamente. Si usted pagó por un servicio que cree que nosotros deberíamos haber cubierto, llame a Servicios para Miembros.

Es posible que usted reciba servicios o suministros de salud no cubiertos por el plan si acepta pagarlos. Los proveedores deben pedirle que firme un formulario reconociendo que usted será responsable de la factura. Los proveedores deben tener un formulario firmado antes de brindar servicios o suministros que no estén cubiertos por el plan.

Reconocimiento cultural

Nosotros entendemos que sus creencias, cultura y valores juegan un papel en su salud. Queremos ayudarlo a mantener una buena salud y buenas relaciones con su doctor. Queremos asegurarnos de que usted recibe la atención médica de una manera culturalmente sensible.

Servicios de intérprete

Nosotros le brindaremos servicios de interpretación para ayudarlo a acceder los servicios. Esto incluye intérpretes de lenguaje hablado e intérpretes de lenguaje de señas americano (ASL). Los servicios de intérprete de lenguaje hablado cara a cara solo están cubiertos si el intérprete figura en la lista de intérpretes de atención médica de lenguaje hablado del Departamento de Salud de Minnesota. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** para averiguar qué intérpretes puede utilizar.

Otro seguro médico

Si usted tiene otro seguro médico o dental, infórmenos antes de recibir atención médica. Nosotros le dejaremos conocer si debe utilizar los proveedores de la red del plan o los proveedores de atención médica que utiliza su otro seguro. Coordinaremos con su otro plan de seguro. Si usted cambia a su otro seguro médico o dental, informe al trabajador del condado.

Si usted tiene Medicare, debe obtener la mayoría de sus medicamentos recetados a través del Programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Usted debe estar inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare para obtener estos servicios. El plan no paga los medicamentos con receta que están cubiertos por el Programa de medicamentos de receta de Medicare.

Información privada

Nosotros, y los proveedores de atención médica que lo atienden, tenemos derecho de obtener información sobre su atención médica. Cuando se inscribió en el Programa de atención médica de Minnesota, dio su consentimiento para que lo hiciéramos. Mantendremos esta información privada de acuerdo con la ley.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 17

Programa de destinatario restringido

El Programa de destinatarios restringidos (Restricted Recipient Program – RRP) es para miembros que han hecho un mal uso de los servicios de salud. Esto incluye obtener servicios de salud que los miembros no necesitaban, usarlos de una manera que cuesta más de lo que deberían o de una manera que puede ser peligroso para la salud de un miembro. UnitedHealthcare notificará a los miembros si se les coloca en el Programa de destinatario restringido.

Si usted está en el Programa de destinatario restringido, debe obtener servicios de salud de un proveedor de atención primaria designado, una clínica, un hospital utilizado por el proveedor de atención médica primaria y una farmacia. UnitedHealthcare puede designar a otros proveedores de servicios de salud. También es posible que se le asigne a una agencia de atención médica a domicilio. Es posible que no se le permita utilizar la opción de asistencia para el cuidado personal, las opciones de uso flexible o los servicios dirigidos por el consumidor.

Usted estará restringido a esos proveedores de atención médica designados durante al menos 24 meses de elegibilidad para los programas de atención médica de Minnesota (MHCP). Todas las referencias a especialistas deben ser de su proveedor de atención primaria y deben ser recibidas por el Programa de destinatarios restringidos de UnitedHealthcare. Los destinatarios restringidos no pueden pagar empleando su propio dinero por consultas con un proveedor no designado que sea del mismo tipo de proveedor que uno de sus proveedores designados.

La ubicación en el programa permanecerá con usted si cambia de plan de salud. La ubicación en el programa también permanecerá con usted si cambia a MHCP de pago por servicio. No perderá la elegibilidad para MHCP debido a la ubicación en el programa. Al final de los 24 meses, se revisará su uso de los servicios de atención médica. Si aún continuó haciendo un uso indebido de los servicios de salud, se lo colocará en el programa durante 36 meses adicionales de elegibilidad. Usted tiene el derecho de apelar la colocación en el Programa de destinatarios restringidos. Usted debe presentar una apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la notificación de nuestra parte. Usted debe apelar dentro de 30 días para evitar que se implemente la restricción durante su apelación. Un miembro puede solicitar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial con el Estado) después de recibir nuestra decisión por la que hemos decidido hacer cumplir la restricción. Consulte la Sección 13.

Cancelación

Su cobertura con nosotros será cancelada si no es elegible para la Asistencia Médica (Medicaid) o si se inscribe en un plan de salud diferente.

Si ya no es elegible para la Asistencia Médica (Medicaid), usted puede ser elegible para comprar una cobertura médica a través de MNsure. Para obtener información acerca de MNsure, llame al 1-855-3MNSURE o al 1-855-366-7873, use sus servicios de retransmisión preferidos o visite www.MNsure.org. Esta llamada es gratuita.

Sección 3:

Declaración de derechos de los miembros

Usted tiene el derecho de:

- Ser tratado con respeto, dignidad y consideración por la privacidad
- Obtener los servicios que necesita las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esto incluye emergencias.
- Recibir información acerca de sus problemas de salud
- Obtener información acerca de tratamientos, sus opciones de tratamiento y cómo los tratamientos lo ayudarán o dañarán
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones acerca de su atención médica
- Tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para las afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios
- Rechazar el tratamiento y obtener información acerca de lo que podría suceder si usted rehúsa el tratamiento
- Rechazar la atención de proveedores específicos
- Conocer que nosotros mantendremos la privacidad de sus expedientes de acuerdo con la ley
- Solicitar y obtener una copia de sus expedientes médicos. También tiene derecho a solicitar que se enmienden sus expedientes.
- Recibir notificación de nuestras decisiones si denegamos, reducimos o interrumpimos un servicio, o negamos el pago de un servicio
- Presentar una queja o apelación ante nosotros. Usted también puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Minnesota.
- Solicitar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (también conocido como "el estado"). Usted debe apelar ante nosotros antes de solicitar una Apelación Estatal. Si nos tomamos más de 30 días para decidir la apelación de su plan y no hemos solicitado una extensión, no es necesario que espere nuestra decisión para solicitar una Apelación Estatal.

Sección 3: Declaración de derechos de los miembros

- Recibir a una explicación clara de los servicios de atención domiciliaria cubiertos
- Dar instrucciones escritas que informen a otras personas acerca de sus deseos sobre su atención médica. A esto se le llama una "directiva de atención médica". Le permite nombrar a una persona (agente) para que tome decisiones por usted si usted no puede decidir o si desea que otra persona decida por usted.
- Elegir dónde obtendrá servicios de planificación familiar, diagnóstico de infertilidad, servicios de pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y servicios de pruebas de VIH y SIDA
- Obtener una segunda opinión para los servicios médicos, de salud mental y para trastornos por el uso de sustancias
- Estar libre de restricciones o reclusión que se utilicen como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia
- Solicite una copia escrita de este manual para miembros al menos una vez al año
- Obtener la siguiente información acerca de nosotros si usted la solicita. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**:
 - Si usamos un plan de incentivos para médicos que afecta el uso de servicios de referencia y detalles sobre el plan si usamos uno
 - Resultados de un estudio de revisión de calidad externo del estado
 - Las calificaciones profesionales de los proveedores de atención médica
- Hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades
- Ejercer los derechos que se enumeran aquí

Sección 4:

Responsabilidades del miembro

Usted tiene la responsabilidad de:

- Leer este Manual para Miembros y conocer qué servicios están cubiertos por el plan y cómo obtenerlos
- Mostrar su tarjeta de identificación como miembro del plan de salud y su tarjeta del programa de Atención Médica de Minnesota cada vez que reciba atención médica. También muestre las tarjetas de cualquier otra cobertura médica que tenga, como Medicare o un seguro privado.
- Establecer una relación con un proveedor de atención primaria de la red del plan antes de enfermarse. Esto le ayuda a usted y a su proveedor de atención primaria a comprender su estado de salud total.
- Brindar la información solicitada por su proveedor de atención primaria o plan de salud para que se le pueda brindar la atención o los servicios adecuados. Comparta información acerca de su historial médico.
- Trabajar con su proveedor de atención primaria para comprender su estado de salud total. Desarrollar objetivos de tratamiento mutuamente acordados cuando sea posible. Siga los planes y las instrucciones de atención médica que haya acordado con su doctor. Si tiene preguntas acerca de su atención médica, consulte a su proveedor de atención primaria.
- Saber qué hacer cuando ocurra un problema de salud, cuándo y dónde buscar ayuda y cómo prevenir problemas de salud
- Practicar la atención médica preventiva. Hacer que le recomienden pruebas, exámenes y vacunas según su edad y sexo.

Contáctenos si tiene alguna pregunta, inquietud, problema o sugerencia. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

Sección 5:

Su tarjeta de identificación (ID) de miembro del plan de salud

Cada miembro recibirá una tarjeta de identificación de miembro del plan.

Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de miembro del plan.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de miembro del plan cada vez que reciba atención médica.

Usted debe usar su tarjeta de identificación como miembro del plan junto con su tarjeta del Programa de Atención Médica de Minnesota. También muestre las tarjetas de cualquier otra cobertura médica que tenga, como Medicare o un seguro privado.

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** de inmediato si pierde o le roban su tarjeta de identificación de miembro. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Llame al trabajador social de su condado si pierde o le roban su tarjeta del programa de Atención Médica de Minnesota.

Aquí hay una tarjeta de identificación de miembro del plan de muestra para mostrar cómo se ve:

The diagram shows a sample health plan member ID card with callouts explaining various fields:

- Grupo:** Points to the "Grp: MNHCP" field.
- No. de ID del miembro:** Points to the "ID: 001500007" field.
- PCP:** Points to the "PCP: DOUGLAS GETWELL" field.
- Teléfono del PCP:** Points to the "PCP Phone: (717)851-6816" field.
- Línea de Enfermeras:** Points to the "Nurseline: 800-718-9066" field.
- Quejas, apelaciones y reclamaciones:** Points to the "Complaints, Appeals & Grievances: 888-269-5410" field.
- Defensor del Pueblo estatal:** Points to the "State Ombudsperson: 800-657-3729" field.

The card itself contains the following information:

United Healthcare Community Plan
Health Plan (80840) 911-87726-04
ID: 001500007 Grp: MNHCP
Name: NEW M SPANISH Payer ID: 87726
PMI#: 9999999997
PCP: DOUGLAS GETWELL
PCP Phone: (717)851-6816
Svc Type: Medical/RX
0501
Care Type: Families & Children Medical Assistance Administered by UnitedHealthcare of Illinois, Inc.

OptumRx
RxBin: 610494
RxGrp: ACUMN
RxPCN: 4846

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 09/20/21
This card does not guarantee coverage. Authorization is not required for emergency care. For coordination of care call your PCP. To verify eligibility and benefit information, view claims, or to find a provider, call the customer service number below or visit the website www.myuhc.com/communityplan.
For Customer Service: 888-269-5410 TTY 711
Nurseline: 800-718-9066
Complaints, Appeals & Grievances: 888-269-5410
State Ombudsperson: 800-657-3729
For Providers: UHCprovider.com 877-440-9946
Medical Claims: PO Box 5270, Kingston, NY, 12402-5270
Precertification & Utilization Review: 877-440-9946
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334
For Pharmacists: 844-495-8038

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 23

Sección 6:

Costos compartidos

El costo compartido se refiere a su responsabilidad de pagar una cantidad para sus costos médicos. Para las personas en el programa Familias y Niños, el costo compartido consiste solo en copagos.

No pagará más del cinco por ciento de sus ingresos familiares mensuales por costos compartidos. Esto puede reducir el monto del copago a menos de los montos enumerados aquí. El DHS nos informará todos los meses si tiene un monto de costo compartido reducido.

Copagos

Los miembros enumerados aquí no tienen que pagar copagos por los servicios médicos que están cubiertos por Medical Assistance (Medicaid) según el Plan:

- Mujeres embarazadas (si queda embarazada, informe al trabajador del condado de inmediato)
- Miembros menores de 21 años
- Miembros que reciben cuidados de hospicio
- Miembros que residen en una casa de reposo, hospital u otro centro de atención médica a largo plazo durante más de 30 días
- Nativos Americanos que reciben o han recibido un servicio(s) de un proveedor de atención médica para nativos o mediante una referencia de servicios de salud por contrato de servicios de salud para indígenas (IHS CHS) de un centro de IHS

Algunos servicios requieren copagos. Un copago es una cantidad que usted deberá pagar a su proveedor.

Sección 6: Costos compartidos

Los copagos se enumeran en la siguiente tabla:

Servicio	Monto del copago
Visitas no preventivas (como visitas por dolor de garganta, chequeo de diabetes, fiebre alta, dolor de espalda, etc.) provistas por un doctor, asistente médico, enfermera especializada, partera profesional certificada, quiropráctico, acupunturista, podólogo, audiólogo y oculista. No hay copagos por servicios de salud mental.	\$3.00
Procedimientos de diagnóstico (por ejemplo, endoscopia, artroscopía)	\$3.00
Visita a la sala de emergencias cuando no es una emergencia	\$3.50
Recetas de marca Lo máximo que tendrá que pagar en copagos por recetas es \$12.00 por mes.	\$3.00
Recetas genéricas Lo máximo que tendrá que pagar en copagos por recetas es \$12.00 por mes.	\$1.00

Lo máximo que tendrá que pagar en copagos por recetas médicas es \$12.00 por mes. No se cobrarán copagos por algunos medicamentos para la salud mental y la mayoría de los medicamentos de planificación familiar.

Si usted tiene Medicare, debe obtener la mayoría de sus medicamentos recetados a través de un plan del programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Es posible que tenga copagos diferentes sin límite mensual para algunos de estos servicios.

Usted debe pagar su copago directamente a su proveedor. Algunos proveedores requieren que pague el copago cuando llegue para recibir el servicio médico. El hospital puede facturarle después de su visita a la sala de emergencias cuando no era una emergencia.

Si no puede pagar el copago, el proveedor aún debe brindar los servicios. Esto es cierto incluso si no ha pagado su copago a ese proveedor en el pasado o si tiene otras deudas con ese proveedor. El proveedor aún puede facturarle los copagos impagos.

Obtenemos información del estado sobre qué miembros no tienen copagos. Es posible que deba pagar un copago hasta que aparezca en nuestro sistema como una persona que no tiene que pagar copagos.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Sección 6: Costos compartidos

Ejemplos de servicios que no tienen copagos:

- Servicios dentales
- Servicios de emergencia
- Anteojos
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Cuidados en el hogar
- Vacunas
- Estancias hospitalarias para pacientes internados
- Servicios de intérprete
- Equipo y suministros médicos
- Transporte médico
- Servicios de salud mental
- Visitas de atención médica preventiva, como exámenes físicos
- Terapias de rehabilitación
- Reparación de anteojos
- Servicios cubiertos por Medicare, excepto los medicamentos de la Parte D de Medicare
- Algunos medicamentos para la salud mental (antipsicóticos)
- Algunos exámenes preventivos y asesoramiento, como exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y asesoramiento nutricional
- Tratamiento de trastornos por el uso de sustancias
- Pruebas como análisis de sangre y radiografías
- Asesoramiento e intervenciones acerca del consumo de tabaco
- Servicios financiados al 100% por el gobierno federal en las clínicas de Servicios para Nativos Americanos (Indian Health Services)

Esta no es una lista completa. Si usted tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

Sección 7:

Servicios cubiertos

Esta sección describe los principales servicios que están cubiertos por los miembros del plan de Asistencia Médica (Medicaid). No es una lista completa de los servicios cubiertos. Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**. Algunos servicios tienen limitaciones. Algunos servicios requieren autorización previa. Asegúrese que exista una autorización previa antes de recibir el servicio. Un servicio marcado con un asterisco (*) significa que se requiere o puede ser necesaria una autorización previa. Algunos servicios requieren autorización previa. Todos los servicios de atención médica deben ser médicamente necesarios para que estén cubiertos. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** para obtener más información.

Algunos servicios requieren costos compartidos. El costo compartido se refiere a su responsabilidad de pagar una cantidad para sus costos médicos. Consulte la Sección 6 para obtener información acerca de los costos compartidos y las excepciones a los costos compartidos.

Servicios de acupuntura

Servicios cubiertos:

Los servicios de acupuntura están cubiertos cuando los proporciona un acupunturista con licencia u otro profesional con licencia de Minnesota con capacitación y acreditación en acupuntura.

Se permiten hasta 20 unidades de servicios de acupuntura por año calendario sin autorización. Solicite una autorización previa si se necesitan unidades adicionales.*

* Requiere o puede requerir autorización previa.

Sección 7: Servicios cubiertos

Los servicios de acupuntura están cubiertos para lo siguiente:

- Dolor agudo y crónico
- Depresión
- Ansiedad
- Esquizofrenia
- Síndrome de estrés postraumático
- Insomnio
- Dejar de fumar
- Síndrome de piernas inquietas
- Desórdenes menstruales
- Xerostomía (boca seca) asociada con lo siguiente:
 - Síndrome de Sjogren
 - Radioterapia
- Náuseas y vómitos asociados con lo siguiente:
 - Procedimientos posoperatorios
 - Embarazo
 - Cuidados del cáncer

Chequeos para niños y adolescentes (C&TC)

Servicios cubiertos:

Las visitas de salud preventiva de Chequeos para niños y adolescentes (C&TC) incluyen:

- Medidas de crecimiento
- Educación para la salud
- Historial de salud, incluida la nutrición
- Evaluación del desarrollo
- Exámenes de detección de salud social y emocional o mental
- Examen físico de pies a cabeza
- Inmunizaciones
- Pruebas de laboratorio
- Controles de la visión
- Controles de audición
- Salud bucal, incluida la aplicación de barniz de fluoruro

* Requiere o puede requerir autorización previa.

28 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

Notas:

C&TC es un programa de atención médica de visitas del niño sano para miembros menores de 21 años. Las visitas de C&TC ayudan a mantener a los niños sanos y pueden brindar más apoyo, si es necesario. La frecuencia con la que se necesita un C&TC depende de la edad:

- Desde el nacimiento hasta los 2½ años: 0–1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses
- 3 a 21 años: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 años

A partir de los 11 años, cada visita puede incluir un tiempo individual con el proveedor de atención médica. Esto ofrece el tiempo para preguntas y discusiones acerca de las necesidades y metas de salud y ayuda a los niños y adultos jóvenes a aprender a manejar su propia salud.

Comuníquese con su clínica de atención primaria para programar sus visitas de salud preventiva y del niño sano de C&TC.

Cuidados quiroprácticos

Servicios cubiertos:

- Una evaluación o examen por año calendario
- Manipulación (ajuste) manual de la columna para tratar la subluxación de la columna: hasta 24 visitas por año calendario, limitadas a seis por mes. Las visitas que superen las 24 por año calendario o seis por mes requieren una autorización previa.
- Radiografías cuando sea necesario para respaldar un diagnóstico de subluxación de la columna

Servicios no cubiertos:

- Otros ajustes, vitaminas, suministros médicos, terapias y equipos de un quiropráctico

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Servicios dentales

(para adultos excepto mujeres embarazadas)

Servicios cubiertos:

Servicios de diagnóstico:

- Examen completo (una vez cada cinco años) (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación periódica o limitada)
- Examen periódico (una vez por año calendario) (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación limitada o completa)
- Exámenes limitados (centrados en el problema) (una vez al día) (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación oral periódica o completa o servicio de limpieza dental; la documentación debe incluir una anotación del problema o queja de salud oral específica)
- Tele-odontología para servicios de diagnóstico
- Servicios de imágenes, limitadas a:
 - Mordedura de ala (bitewing) (una vez por año calendario)
 - Radiografías únicas para el diagnóstico de problemas (cuatro por fecha de servicio)
 - Panorámica (una vez cada cinco años, si es médicamente necesario; una vez cada dos años en situaciones limitadas; o con un centro ambulatorio programado o un procedimiento independiente del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC))
 - Radiografías de boca completa (una vez cada cinco años y solamente cuando se brindan en un hospital para pacientes ambulatorios o en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) independiente como parte de una cirugía dental para pacientes ambulatorios)

Servicios preventivos:

- Servicios dentales (para adultos excepto mujeres embarazadas)
- Limpieza dental (limitada a dos por año calendario; hasta cuatro veces por año si es médicamente necesario con autorización previa)
- Barniz de fluoruro (una vez por año calendario)
- Tratamiento de caries (una vez por diente cada seis meses) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de barniz de flúor o el tratamiento de emergencia del servicio de dolor dental)

* Requiere o puede requerir autorización previa.

30 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

Servicios de restauración:

- Empastes (limitado a una vez por diente cada 90 días).
Confirme los detalles de los límites de cobertura y distinga de los tratamientos de caries permitidos una vez por diente cada 6 meses.*
- Empastes sedantes para aliviar el dolor (no se puede realizar en la misma fecha que el tratamiento de emergencia del servicio de dolor dental)

Endodoncia (conductos radiculares) (solo en dientes anteriores y premolares y una vez por diente de por vida; el retratamiento no está cubierto).

- Cirugía oral (limitada a extracciones, extracción de dientes o raíces dentales impactados, biopsias e incisión y drenaje de abscesos)

Periodoncia:

- Eliminación total de placa y sarro (desbridamiento bucal completo) (una vez cada cinco años) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de limpieza dental, examen completo, evaluación oral o servicio de evaluación periodontal)
- Raspado y alisado radicular (no se puede realizar el mismo día que la limpieza dental o el desbridamiento oral completo) (una vez cada dos (2) años para cada cuadrante)
- Mantenimiento periodontal (una vez cada tres (3) meses hasta por dos (2) años) después de completar el raspado y alisado radicular

Prostodoncia:

- Prótesis removibles (dentaduras postizas y parciales) (una prótesis cada seis años por arcada dental); los parciales siempre requieren una autorización previa
- Ajustes, modificaciones, rebases, reparaciones y rebases de aparatos removibles (dentaduras postizas y parciales) (las reparaciones de dientes perdidos o rotos se limitan a cinco dientes cada 180 días)
- Reemplazo de prótesis perdidas, robadas o dañadas irreparablemente bajo ciertas circunstancias
- Reemplazo de prótesis parciales si la parcial existente no se puede modificar para satisfacer las necesidades dentales
 - Revestimientos acondicionadores de tejidos (una vez por aparato)
 - Accesorios y reparaciones de precisión

* Requiere o puede requerir autorización previa.

Sección 7: Servicios cubiertos

Servicios dentales generales adicionales:

- Tratamiento de emergencias para el dolor (una vez al día)
- Anestesia general (cuando se proporciona en un hospital para pacientes ambulatorios o en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) independiente como parte de una cirugía dental para pacientes ambulatorios)
- Centro de atención extendida o visita domiciliaria en ciertos entornos institucionales, incluidos los internados, instituciones para enfermedades mentales (IMD), centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD), hospicios, opciones de tratamiento extendido de Minnesota (METO), centros de enfermería, centros de enfermería especializada y camas columpios (una cama de centro de enfermería en un hospital)
- Manejo del comportamiento cuando sea necesario para garantizar que un servicio dental cubierto se realice de manera correcta y segura
- Sedación oral o intravenosa: Solo si el servicio dental cubierto no se puede realizar de manera segura sin él o si de otra manera requeriría que el servicio se realice bajo anestesia general en un hospital o centro quirúrgico

Notas:

Si usted elige recibir beneficios dentales de un centro de salud calificado federalmente (FQHC) o de una clínica dental operada por el estado, tendrá los mismos beneficios a los que tiene derecho según la Asistencia Médica (Medicaid).

Consulte la Sección 1 para obtener información de contacto para los Servicios dentales.

Servicios dentales (para niños y mujeres embarazadas)

Servicios cubiertos:

Servicios de diagnóstico:

- Examen completo (una vez cada cinco años) (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación periódica o limitada)
- Examen periódico (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación limitada o completa)

* Requiere o puede requerir autorización previa.

32 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

- Exámenes limitados (enfocados en problemas) (No se pueden realizar en la misma fecha que una evaluación oral periódica o completa o limpieza dental)
- Evaluación oral para pacientes menores de tres (3) años (una vez en la vida) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de instrucción de higiene oral)
- Evaluación oral detallada (no se puede realizar en la misma fecha que el desbridamiento oral completo)
- Evaluación periodontal (no se puede realizar en la misma fecha que el desbridamiento oral completo)
- Tele-odontología para servicios de diagnóstico
- Servicio de imágenes, limitadas a:
 - Bitewing (una vez por año calendario) (mujeres embarazadas limitadas a una vez cada cinco años)
 - Radiografías únicas para el diagnóstico de problemas (cuatro por fecha de servicio) (mujeres embarazadas se limitan a una vez cada cinco años)
 - Panorámico (una vez en un período de cinco años, excepto cuando sea médicamente necesario; una vez cada dos años en situaciones limitadas; o con un centro ambulatorio programado o un procedimiento independiente del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC))
 - Radiografías de boca completa (una vez en un período de cinco años)

Servicios preventivos:

- Limpieza dental (limitado a dos veces por año calendario; hasta cuatro por año según sea médicamente necesario)
- Barniz de fluoruro (una vez cada seis meses) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de tratamiento de emergencia del dolor dental)
- Selladores para niños menores de 21 años (uno cada cinco años por molar permanente)
- Tratamiento de caries (una vez por diente cada seis meses) (no se puede realizar en la misma fecha que el tratamiento de emergencia del servicio de dolor dental o la aplicación de barniz de flúor)
- Servicio de instrucción de higiene bucal (no se puede realizar en la misma fecha que la evaluación bucal para niños menores de tres años)

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Servicios de restauración:

- Empastes (limitado a una vez cada 90 días por diente). Las coronas individuales deben ser de acero inoxidable prefabricado o resina con autorización previa.
- Empastes sedantes para aliviar el dolor (no se pueden realizar en la misma fecha que el servicio de tratamiento de emergencia para el dolor dental)

Endodoncia (conductos radiculares)(el anterior y el premolar están limitados a una vez por diente de por vida).

Periodoncia:

- Eliminación total de placa y sarro (desbridamiento bucal completo) (una vez cada cinco años) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de limpieza dental, examen completo, evaluación oral o servicio de evaluación periodontal)
- Raspado y alisado radicular (no se puede realizar el mismo día que la limpieza dental o el desbridamiento oral completo) (una vez cada dos (2) años para cada cuadrante)
- Mantenimiento periodontal (una vez cada tres (3) meses hasta por dos (2) años) después de completar el raspado y alisado radicular

Prostodoncia:

- Aparatos removibles (dentaduras postizas, parciales, sobredentaduras) (un aparato cada seis años por arco dental)
- Ajustes, modificaciones, rebases, reparaciones y rebases de aparatos removibles (dentaduras postizas y parciales) (las reparaciones de dientes perdidos o rotos se limitan a cinco dientes por 180 días)
- Reemplazo de electrodomésticos perdidos, robados o dañados irreparablemente bajo ciertas circunstancias
- Reemplazo de aparatos parciales si el parcial existente no se puede modificar para satisfacer las necesidades dentales
- Revestimientos acondicionadores de tejidos
- Accesorios y reparaciones de precisión

Cirugía oral

- Incluidas extracciones

* Requiere o puede requerir autorización previa.

34 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Ortodoncia (solo cuando sea médicamente necesario para condiciones muy limitadas para miembros de 20 años o menos).

Servicios dentales generales adicionales:

- Tratamiento de emergencia del dolor dental
- Anestesia general, sedación profunda
- Óxido nitroso
- Centro de atención extendida/visita a domicilio en ciertos entornos institucionales, que incluyen: residencias de ancianos, instituciones para enfermedades mentales (IMD), centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD), hospicios, opciones de tratamiento extendido de Minnesota (METO), enfermería instalaciones, escuela o programa Head Start, instalaciones de enfermería especializada y camas abatibles (una cama de instalación de enfermería en un hospital) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de instrucción de higiene bucal)
- Medicamentos (solo cuando sean médicamente necesarios para condiciones muy limitadas)
- Manejo del comportamiento cuando sea necesario para garantizar que un servicio dental cubierto se realice de manera correcta y segura
- Ajustes de mordida oral (ajustes completos con autorización previa) (limitado a una vez al día)

Notas:

Si usted comienza con los servicios de ortodoncia, no necesitaremos completar el plan de tratamiento para pagarle al proveedor por los servicios recibidos.

Si usted es nuevo miembro en nuestro plan de salud y ya ha comenzado un plan de tratamiento de servicios dentales (por ejemplo, atención de ortodoncia), comuníquese con nosotros para coordinar la atención.

Consulte la Sección 1 para obtener información de contacto de Servicios dentales.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Servicios de diagnóstico

Servicios cubiertos:

- Pruebas de laboratorio y radiografías
- Otras pruebas de diagnóstico médico ordenadas por su médico

Doctor y otros servicios de salud

Servicios cubiertos:

- Visitas al médico que incluyen:
 - Inmunoterapia para alergias y pruebas de alergia
 - Cuidados de mujeres embarazadas
 - Planificación familiar — **Servicio de acceso abierto**
 - Pruebas de laboratorio y radiografías
 - Exámenes físicos
 - Exámenes preventivos
 - Visitas preventivas al consultorio
 - Especialistas
 - Consulta de telesalud
 - Vacunas y medicamentos administrados en el consultorio de un proveedor de atención primaria
 - Visitas por enfermedad o lesión
 - Visitas al hospital o a casa de reposo
- Servicios de enfermería de práctica avanzada: Servicios prestados por una enfermera especializada, una enfermera anestésista, una enfermera partera o una enfermera clínica especializada.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

36 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

- Los indígenas estadounidenses pueden continuar o comenzar a usar las clínicas tribales y de los Servicios de salud para indígenas (IHS). No necesitaremos aprobación previa ni impondremos ninguna condición para que reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años o más, esto incluye los servicios de Exención para personas mayores (EW) a los que se accede a través de la tribu. Si un doctor u otro proveedor de una clínica tribal o de IHS lo refiere a un proveedor de nuestra red, no le solicitaremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes de la referencia. **Por favor, llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda con referencias a proveedores de atención médica para indígenas.**
- Hogar de salud conductual: Coordinación de servicios de salud física y conductual.
- Sangre y productos sanguíneos
- Cobertura de un ensayo clínico: Atención de rutina que: 1) se proporciona como parte del tratamiento de protocolo de un ensayo clínico; 2) es habitual, habitual y apropiado para su condición; y 3) normalmente se proporcionaría fuera de un ensayo clínico. Esto incluye los servicios y elementos necesarios para el tratamiento de los efectos y complicaciones del protocolo de tratamiento.
- Pruebas de detección de cáncer (incluidas mamografías, prueba de Papanicolaou, detección de cáncer de próstata, detección de cáncer colorrectal)
- Servicios clínicos
- Coordinación de la atención médica de los trabajadores de salud de la comunidad y servicios de educación del paciente
- Servicios de Técnico Comunitario de Emergencias Médicas (CMET)
 - Visitas después de ser dado de alta del hospital o de la casa de reposo ordenadas por su proveedor de atención primaria
 - Visitas de evaluación de seguridad ordenadas por el proveedor de atención primaria (PCP)
- Servicios de paramédicos comunitarios: Ciertos servicios son proporcionados por un paramédico comunitario. Los servicios deben ser parte de un plan de atención médica de su proveedor de atención primaria. Los servicios pueden incluir:
 - Evaluaciones de salud
 - Vigilancia y educación sobre enfermedades crónicas
 - Ayuda con los medicamentos
 - Inmunizaciones y vacunas
 - Recolección de muestras de laboratorio
 - Atención de seguimiento después de recibir tratamiento en un hospital
 - Otros procedimientos médicos menores

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 37

Sección 7: Servicios cubiertos

- Asesoramiento y pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH — **Servicio de acceso abierto**
- Servicios de atención médica domiciliaria: Coordinación de la atención médica para miembros con necesidades de atención médica complejas o crónicas.
- Educación y asesoramiento sobre la salud (por ejemplo, dejar de fumar, asesoramiento sobre nutrición, educación acerca de la diabetes)
- Coordinación del Servicio Comunitario In-Reach del Hospital (IRSC): Coordinación de los servicios dirigidos a reducir el uso de la sala de emergencias (ER) del hospital bajo ciertas circunstancias. Este servicio se dirige a la salud, social, necesidades económicas y de otro tipo de los miembros para ayudar a reducir el uso de la sala de emergencias y otros servicios de atención médica.
- Vacunas
- Servicios de podología (desbridamiento de uñas de los pies, callos y callosidades infectadas y otros cuidados de los pies que no son de rutina)
- Terapia respiratoria
- Servicios de una enfermera de salud pública certificada o una enfermera registrada que ejerza en una clínica de enfermería de salud pública bajo una unidad gubernamental
- Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH: **No** es un servicio de acceso abierto. Usted debe consultar a un proveedor de la red del plan.
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) — **Servicio de acceso abierto**
- Administración de la atención médica de la tuberculosis y observación directa de la ingesta de medicamentos

Servicios no cubiertos:

- Formas artificiales de quedar embarazada (inseminación artificial, incluida la fertilización in vitro y servicios relacionados, medicamentos para la fertilidad y servicios relacionados)

* Requiere o puede requerir autorización previa.

38 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

Servicios de intervención temprana intensiva del desarrollo y la conducta (EIDBI) (para niños menores de 21 años)

El propósito del beneficio de EIDBI es brindar una intervención temprana, intensiva y médicamente necesaria para las personas con trastorno del espectro autista (TEA) y afecciones relacionadas. El beneficio también está destinado a:

- Educar, capacitar y apoyar a padres y familias
- Promover la independencia y participación de las personas en la vida familiar, escolar y comunitaria
- Mejorar los resultados a largo plazo y la calidad de vida de las personas y sus familias

Los servicios de EIDBI son proporcionados por proveedores de EIDBI inscritos que tienen experiencia en las modalidades aprobadas que incluyen:

- Applied Behavior Analysis (ABA)
- Developmental, Individual Difference, Relationship-Based (DIR)/Floortime Model
- Early Start Denver Model (ESDM)
- PLAY Project
- Relationship Development Intervention (RDI)
- Early Social Interaction (ESI)

Servicios cubiertos:

- Evaluación multidisciplinaria integral (CMDE) que se necesita anualmente para acceder a los servicios de EIDBI
- Desarrollo del plan de tratamiento individual (ITP) (inicial)*
- Desarrollo del Plan de Tratamiento Individual (ITP) y Monitoreo del Progreso*
- Intervención directa: individual y/o de grupo*
- Observación y dirección *
- Entrenamiento y asesoramiento para familias/cuidadores: individual y/o de grupo*
- Conferencia de atención médica coordinada (una por año sin autorización)*
- Tiempo de viaje*

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 39

Servicios médicos de emergencia y atención posterior a la estabilización

Servicios cubiertos:

- Servicios de sala de emergencias
- Atención de posestabilización
- Ambulancia (aire o tierra incluye transporte por agua)

Servicios no cubiertos:

Servicios de emergencia, urgencias u otros servicios de atención médica brindados, o artículos provistos por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE. UU.). No realizaremos el pago de la atención médica a un proveedor o a ninguna entidad fuera de los EE. UU.

Notas:

Si tiene una emergencia y necesita tratamiento de inmediato, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Muestre su tarjeta de identificación como miembro y pídale que llamen a su proveedor de atención primaria.

En todos los demás casos, llame a su proveedor de atención primaria, si es posible. El número de teléfono de la clínica también está en su tarjeta de identificación como miembro.

Si se encuentra fuera de la ciudad, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Muestre su tarjeta de identificación como miembro y pida que llamen a su proveedor de atención primaria.

Usted debe llamar a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** dentro de 48 horas o tan pronto como pueda después de recibir atención médica de emergencia en un hospital que no sea parte de la red del Plan.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

40 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Servicios de planificación familiar

Servicios cubiertos:

- Examen de planificación familiar y tratamiento médico — **Servicio de acceso abierto**
- Laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico — **Servicio de acceso abierto**
- Métodos de planificación familiar (por ejemplo, píldoras anticonceptivas, parche, anillo, dispositivo intrauterino (DIU), inyecciones, implantes) — **Servicio de acceso abierto**
- Suministros de planificación familiar con receta (por ejemplo, condón, esponja, espuma, película, diafragma, gorro) — **Servicio de acceso abierto**
- Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, incluidos los servicios relacionados — **Servicio de acceso abierto**
- Tratamiento para condiciones médicas de infertilidad — **No** es un servicio de acceso abierto. Usted debe ver a un proveedor de la red del plan. Nota: Este servicio no incluye formas artificiales de quedar embarazada.
- Asesoramiento y pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH — **Servicio de acceso abierto**
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) — **Servicio de acceso abierto**
- Esterilización voluntaria — **Servicio de acceso abierto**
Nota: Usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario de consentimiento de esterilización federal. Deben transcurrir al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía.
- Asesoramiento genético — **Servicio de acceso abierto**
- Pruebas genéticas: **No** es un servicio de acceso abierto. Usted debe ver un proveedor de la red del plan.
- Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH: **No** es un servicio de acceso abierto. Usted debe ver a un proveedor de la red del plan.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 41

Sección 7: Servicios cubiertos

Servicios no cubiertos:

- Formas artificiales de quedar embarazada (inseminación artificial, incluida la fertilización in vitro y servicios relacionados; medicamentos para la fertilidad y servicios relacionados)
- Reversión de la esterilización voluntaria
- Esterilización de alguien bajo tutela o tutela

Notas:

Las leyes federales y estatales le permiten elegir a cualquier doctor, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar para obtener servicios de acceso abierto, incluso si no están en la red del Plan.

Audífonos

Servicios cubiertos:

- Pilas para audífonos
- Audífonos*
- Reparación y reemplazo de audífonos por desgaste normal, con límites

Servicios de atención domiciliaria

Servicios cubiertos:*

- Visita de una enfermera especializada
- Terapias de rehabilitación para restaurar la función (por ejemplo, habla, física, ocupacional, respiratoria)
- Visita de un asistente de salud en el hogar

* Requiere o puede requerir autorización previa.

42 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Hospicio

Servicios cubiertos:*

Los beneficios de cuidados paliativos incluyen cobertura para los siguientes servicios, cuando se brindan directamente en respuesta a la enfermedad terminal:

- Servicios médicos
- Servicios de enfermería
- Servicios sociales médicos
- Consejería
- Suministros y equipos médicos
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para el control de los síntomas y el dolor
- Asesoramiento dietético y de otro tipo
- Atención médica en hospital a corto plazo
- Cuidados de relevo
- Servicios de asistente de salud en el hogar y servicios para el hogar
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Voluntarios
- Otros artículos y servicios incluidos en el plan de atención que de otro modo serían servicios médicos cubiertos

Notas:

Elección de Medicare

Usted debe elegir los beneficios de cuidados paliativos para recibir servicios de cuidados paliativos.

Si es elegible tanto para Medicare como para Medicaid y elige un hospicio, debe elegir el cuidado de hospicio de Medicare además del cuidado de hospicio de Medicaid. Las guías federales le prohíben elegir el cuidado de hospicio a través de un programa y no el otro cuando es elegible para ambos.

Los miembros de 21 años o menores aún pueden recibir tratamiento para su condición terminal además de los servicios de hospicio.

Si usted está interesado en utilizar los servicios de hospicio, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 43

Hospital – Paciente hospitalizado

Servicios cubiertos:*

Los servicios en hospital para pacientes internados están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios. Esto incluye:

- Hospitalización para pacientes internados
- Su habitación semiprivada y comidas
- Habitación privada cuando sea médicamente necesario
- Pruebas y radiografías
- Cirugía
- Medicamentos
- Suministros médicos
- Servicios profesionales
- Servicios de terapia (por ejemplo, física, ocupacional, del habla, respiratoria)

Servicios no cubiertos:

- Artículos de comodidad personal, como TV, teléfono, peluquería o servicios de belleza, servicios para huéspedes
- Los cargos relacionados con la atención hospitalaria por servicios de investigación, cirugía plástica o cirugía estética no están cubiertos a menos que se determine que son médicamente necesarios a través del proceso de revisión médica

Notas:

Consulte la sección servicios para trastornos por el uso de sustancias (SUD) para obtener más información acerca de los beneficios de SUD para pacientes hospitalizados.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

Hospital – Ambulatorio

Servicios cubiertos:

- Atención de urgencia para afecciones que no son tan graves como una emergencia
- Centro quirúrgico ambulatorio
- Pruebas y radiografías
- Diálisis
- Servicios de sala de emergencias
- Atención de posestabilización
- Servicios de observación: si no es admitido como paciente internado en el hospital, puede ingresar al estado de "observación ambulatoria" hasta que su proveedor determine que su afección requiere una admisión hospitalaria en el hospital o un alta domiciliaria. Los servicios de observación están cubiertos hasta 48 horas. UnitedHealthcare considerará los servicios de observación hasta 72 horas por circunstancias inusuales cuando se presenten con documentación adicional.*

Servicios de estabilización de vivienda (para miembros mayores de 18 años)

Servicios cubiertos:

El plan pagará los siguientes servicios para los miembros elegibles para los servicios de estabilización de vivienda:

- Servicios de consulta de vivienda: para desarrollar un plan enfocado en la persona para personas sin servicios de administración de casos de Asistencia Médica
- Servicios de transición de vivienda: Para ayudar a planificar, encontrar y mudarse a una vivienda
- Servicios de mantenimiento de la vivienda: Para ayudar a mantener la vivienda
- Transporte para recibir servicios de estabilización de vivienda (dentro de un radio de 60 millas)

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 45

Sección 7: Servicios cubiertos

Notas:

Usted debe someterse a una evaluación de elegibilidad para los servicios de estabilización de vivienda y ser elegible para estos servicios. Si necesita servicios de estabilización de vivienda, puede solicitar una evaluación o recibir el apoyo de su proveedor o administrador de casos. Si tiene un administrador de casos específico o un administrador de casos de exención, ese administrador de casos puede ayudarlo a acceder a los servicios, o puede comunicarse directamente con un proveedor de servicios de estabilización de vivienda para que le ayuden.

El personal del Departamento de Servicios Humanos (DHS) utilizará los resultados de la evaluación para determinar si usted cumple con los criterios basados en las necesidades para recibir este servicio. El DHS le enviará una carta de aprobación o denegación de los servicios de estabilización de vivienda.

Servicios de intérprete

Servicios cubiertos:

- Servicios de intérprete de idiomas hablados
- Servicios de intérprete de lenguaje de señas

Notas:

Los servicios de interpretación están disponibles para ayudarlo a obtener servicios.

Vea Servicios de intérprete en la Sección 1 para obtener información de contacto y conocer qué intérpretes usted puede utilizar.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

Equipo y suministros médicos

Servicios cubiertos:

- Prótesis u órtesis
- Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, camas de hospital, andadores, muletas y pelucas para personas con alopecia areáta). Contacte a Servicios para Miembros para obtener más información acerca de la cobertura y los límites de beneficios por pelucas.
- Reparaciones de equipos médicos
- Baterías para equipos médicos
- Algunos zapatos, cuando se moldean a medida o son parte de un aparato ortopédico para la pierna
- Equipo de oxígeno y tanques de oxígeno
- Suministros médicos que necesita para cuidar de su enfermedad, lesión o discapacidad
- Equipo y suministros para diabéticos
- Productos nutricionales o enterales, cuando se cumplen criterios específicos
- Productos para la incontinencia
- Suministros de planificación familiar: Servicio de acceso abierto. Vea servicios de planificación familiar en esta sección.
- Dispositivos de comunicación aumentativa, incluidas tabletas electrónicas

Servicios no cubiertos:

- Modificaciones de construcción en el hogar, el vehículo o el lugar de trabajo, incluidas las barras de apoyo en el baño
- Productos ambientales (como filtros de aire, purificadores, acondicionadores, deshumidificadores)
- Equipo de ejercicio

Notas:

Usted deberá ver a su doctor y obtener una receta para que los equipos y suministros médicos se cubran. Llame al número de teléfono de criterios de cobertura de equipo médico duradero que se encuentra en la Sección 1 si necesita más información acerca de nuestros criterios de cobertura del equipo médico duradero.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 47

Servicios de salud mental y conductual

Servicios cubiertos:

- Clínica de salud conductual comunitaria certificada (CCBHC)
- Consulta de atención médica clínica
- Servicios de respuesta a crisis que incluyen:
 - Pruebas de detección
 - Evaluación
 - Intervención
 - Estabilización, incluida la estabilización residencial
 - Intervención comunitaria (para miembros de 18 años)
- Evaluaciones de diagnóstico, incluida la detección de la presencia de enfermedades mentales concurrentes y trastornos por uso de sustancias
- Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP) de terapia dialéctica conductual (DBT) (para miembros adultos de 18 años o mayores y miembros adolescentes de 12 a 17 años que cumplen con ciertos criterios)
- Tratamiento comunitario asertivo forense (ACT) (para miembros de 18 años o más)
- Estadía en un hospital psiquiátrico para pacientes internados, incluida una estadía prolongada en un hospital psiquiátrico para pacientes internados
- Tiempo de viaje del proveedor de salud mental
- Administración de casos específicos de salud mental (MH-TCM)
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios que incluyen:
 - Explicación de hallazgos
 - Servicios de psicoeducación familiar (para miembros menores de 21 años)
 - Manejo de medicamentos para la salud mental
 - Servicios neuropsicológicos
 - Psicoterapia (paciente o familia, familia, crisis y grupo)
 - Pruebas psicológicas

* Requiere o puede requerir autorización previa.

48 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

- Servicios médicos de salud mental, incluidos:
 - Evaluación e intervención de la salud y el comportamiento
 - Visitas para pacientes hospitalizados
 - Consultas psiquiátricas a proveedores de atención primaria
 - Consulta, evaluación y manejo del doctor
- Servicios de rehabilitación de salud mental que incluyen:
 - Tratamiento comunitario asertivo (ACT) (para miembros de 18 años)
 - Tratamiento diurno para adultos (para miembros mayores de 18 años)
 - Los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental para Adultos (ARMHS) están disponibles para miembros mayores de 18 años
 - Especialistas certificados en pares familiares (para miembros menores de 21 años)
 - Servicios de apoyo de especialistas certificados por pares (CPS) en situaciones limitadas
 - Servicios de tratamiento residencial de salud mental para niños (para miembros menores de 21 años)
 - Servicios y apoyos terapéuticos para niños (CTSS), incluido el tratamiento diurno para niños (para miembros menores de 21 años)
 - Servicios de psicoeducación familiar (para miembros menores de 21 años)
 - Servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS) (para miembros mayores de 18 años)
 - Servicios de cuidados de crianza temporal de tratamiento intensivo (para miembros menores de 21 años)
 - Programa de hospitalización parcial (PHP)
 - Servicios intensivos de rehabilitación de salud mental (IRMHS) (para miembros de 16 a 20 años)
- Tratamiento comunitario asertivo para jóvenes (Youth ACT): servicios intensivos de salud mental de rehabilitación no residencial (para miembros de ocho (8) a 25 años)
- Centro de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF) para miembros de 21 años y menores
- Telesalud

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Servicios no cubiertos:

Los siguientes servicios no están cubiertos por el Plan, pero pueden estar disponibles a través de su condado. Llame a su condado para obtener información. Consulte también la Sección 9.

- Tratamiento en instalaciones de la Regla 36 que no están autorizadas como Servicios de Tratamiento Residencial Intensivo (IRTS)
- Alojamiento y comida asociados con los Servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)
- Tratamiento y servicios de alojamiento y comida en ciertas instalaciones residenciales de tratamiento de salud mental para niños en los estados fronterizos

Notas:

Vea Servicios de salud mental y conductual en la Sección 1 para obtener información acerca de dónde debe llamar o escribir.

Utilice un proveedor de la red del plan para los servicios de salud mental.

Si decidimos que no es necesario un tratamiento estructurado de salud mental, es posible que usted obtenga una segunda opinión. Para obtener una segunda opinión, debemos permitirle que acuda a cualquier profesional de la salud calificado que no esté en la red del Plan. Pagaremos por esto. Nosotros debemos considerar la segunda opinión, pero tenemos derecho a estar en desacuerdo con la segunda opinión. Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

No determinaremos la necesidad médica de los servicios de salud mental ordenados por la corte. Utilice un proveedor de la red del plan para su evaluación de salud mental ordenada por la corte.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

Servicios de obstetricia y ginecología (OB/GYN)

Servicios cubiertos:

- Atención prenatal, durante el parto y posparto
- Clases de parto
- Servicios hospitalarios para recién nacidos
- Asesoramiento y pruebas de detección del VIH para mujeres embarazadas — **Servicio de acceso abierto**
- Tratamiento para mujeres embarazadas VIH positivas
- Tratamiento para recién nacidos de madres VIH positivas
- Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) — **Servicio de acceso abierto**
- Servicios relacionados con el embarazo recibidos en relación con un aborto (no incluye servicios relacionados con el aborto)
- Servicios de doula por una doula certificada supervisada por un médico, una enfermera practicante o una enfermera partera certificada y registrada en el Departamento de Salud de Minnesota (MDH)
- Servicios proporcionados por un profesional de la salud con licencia en centros de maternidad con licencia, incluidos los servicios de enfermeras parteras certificadas y parteras tradicionales con licencia

Servicios no cubiertos:

- Aborto: este servicio no está cubierto por el plan. Puede estar cubierto por el estado. Llame al servicio de asistencia para miembros de los Programas de atención médica de Minnesota al 651-431-2670 o al 1-800-657-3739 o al TTY 711. También vea la sección 9. Esta llamada es gratuita.
- Partos en casa planificados

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Notas:

Usted tiene “acceso directo” a proveedores de obstetricia y ginecología para los siguientes servicios: Examen de salud preventivo anual, incluidos los exámenes de seguimiento que su doctor dice que son necesarios; cuidado de maternidad; evaluación y tratamiento para condiciones ginecológicas o emergencias. Para obtener los servicios de acceso directo, usted debe acudir a un proveedor de la red del plan. Para los servicios etiquetados como de **acceso abierto**, puede ir a cualquier doctor, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar.

Servicios para los cuidados de la visión

Servicios cubiertos:

- Exámenes de la vista
- Anteojos iniciales, cuando sean médicamente necesarios
- Reemplazo de anteojos, cuando sea médicamente necesario
 - Reemplazo idéntico de anteojos cubiertos por pérdida, robo o daño irreparable
- Reparaciones de armazones y lentes de anteojos cubiertos por el Plan
- Lentes tintados, fotocromáticos (por ejemplo, lentes Transition®) o polarizados, cuando sea médicamente necesario
- Lentes de contacto, cuando sean médicamente necesarios

Servicios no cubiertos:

- Par de anteojos extra
- Lentes progresivos bifocales o trifocales (sin líneas)
- Recubrimiento protector para lentes de plástico
- Suministros para lentes de contacto

* Requiere o puede requerir autorización previa.

52 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Servicios fuera del área

Servicios cubiertos:

- Un servicio que necesita cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas acerca de los servicios cubiertos fuera del área de servicio del plan.
- Un servicio que necesita después de mudarse de nuestra área de servicio mientras aún es miembro del plan
- Servicios de emergencia para una emergencia que necesita tratamiento de inmediato
- Atención de posestabilización
- Atención de urgencia médicamente necesaria cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** lo antes posible.)
- Servicios cubiertos que no están disponibles en el área de servicio del plan

Servicios no cubiertos:

- Servicios de emergencia, urgencias u otros servicios o artículos de atención médica provistos por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos. No realizaremos el pago de la atención médica a un proveedor ni a ninguna entidad fuera de los Estados Unidos.

Servicios fuera de la red

Servicios cubiertos:

- Ciertos servicios que usted necesita y que no puede obtener a través de un proveedor de la red del plan
- Servicios de emergencia para una emergencia que necesita tratamiento de inmediato
- Atención de posestabilización
- Una segunda opinión para el trastorno de salud mental y por el uso de sustancias
- Servicios de acceso abierto

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 53

Sección 7: Servicios cubiertos

- Servicios relacionados con el embarazo recibidos en relación con un aborto (no incluye servicios relacionados con el aborto)
- Un servicio médico que no es de emergencia que necesita cuando usted está temporalmente fuera de la red o del área de servicio del plan que es o fue recetado, recomendado o proporcionado actualmente por un proveedor de la red

Medicamentos recetados (para miembros que **no** tienen Medicare)

Servicios cubiertos:

- Medicamentos recetados
- Servicios de administración de terapia con medicamentos (MTM)
- Ciertos medicamentos de venta libre (cuando los receta un proveedor de atención médica calificado con autoridad para recetar)

Servicios no cubiertos:

- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para mejorar la fertilidad
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos, incluidos los medicamentos para tratar la caída del cabello
- Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal
- Medicamentos experimentales, medicamentos en investigación o medicamentos no aprobados por la FDA
- Cannabis medicinal

Notas:

El medicamento debe estar en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario).

La lista de medicamentos cubiertos (formulario) incluye los medicamentos recetados cubiertos por UnitedHealthcare. Los medicamentos de la lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de doctores y farmacéuticos. La lista debe ser similar a la lista que cubre la asistencia médica de pago por servicio (Medicaid). La lista también debe incluir medicamentos enumerados en la lista de medicamentos preferidos (PDL) del Departamento de Servicios Humanos.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

54 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

Además de los medicamentos recetados cubiertos por UnitedHealthcare, algunos medicamentos de venta libre están cubiertos por sus beneficios de asistencia médica (Medicaid). Puede buscar medicamentos recetados con nuestra herramienta de búsqueda en línea en myuhc.com/CommunityPlan. También se publica una lista de medicamentos cubiertos (formulario) en el sitio en internet. También usted puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar una copia impresa de nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario).

Si un medicamento que usted está tomando actualmente no está cubierto por su nuevo plan, es posible que pueda recibir un suministro temporal hasta por 90 días. Para obtener más información llame a Servicios para Miembros.

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa (PA):** UnitedHealthcare requiere que usted o su doctor obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de UnitedHealthcare antes de surtir sus recetas. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que UnitedHealthcare no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad (QL):** Para ciertos medicamentos, UnitedHealthcare limita la cantidad del medicamento que cubrirá UnitedHealthcare.
- **Preferidos y no preferidos (P/NP):** Para algunos grupos de medicamentos, UnitedHealthcare requiere que usted pruebe los medicamentos preferidos antes de pagar los medicamentos no preferidos. Para recibir un medicamento no preferido, su doctor o proveedor de atención médica deberá obtener una autorización previa.
- **Requisitos de edad:** En algunos casos, existen requisitos de edad para que se puedan probar ciertos medicamentos. Se necesita una autorización previa según su edad y el medicamento específico recetado.
- **Medicamentos de marca:** UnitedHealthcare cubrirá la versión de marca del medicamento solo cuando:
 1. Su doctor le informa a UnitedHealthcare por escrito que la versión de marca del medicamento es médicamente necesaria; o
 2. UnitedHealthcare prefiere la distribución de la versión de marca sobre la versión genérica del medicamento; o
 3. La ley de Minnesota requiere la distribución de la versión de marca del medicamento.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 55

Sección 7: Servicios cubiertos

Usted puede conocer si su medicamento requiere de autorización previa, tiene límites de cantidad, tiene un estado preferido o No preferido o tiene un requisito de edad, comunicándose con Servicios para Miembros o visitando nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan. Se puede eliminar una restricción o límite de medicamentos si su doctor envía una declaración o documentación que respalde la solicitud. También usted puede obtener más información acerca de las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos comunicándose con Servicios para Miembros o visitando nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan.

Si UnitedHealthcare cambia los requisitos de autorización previa, los límites de cantidad u otras restricciones acerca de un medicamento que usted está tomando actualmente, UnitedHealthcare le notificará a usted y a su doctor sobre el cambio al menos 10 días antes de que el cambio entre en vigencia.

Nosotros cubriremos un medicamento que no está en el formulario si su proveedor de atención primaria nos demuestra que: 1) el medicamento que normalmente está cubierto le ha causado una reacción dañina; 2) existe una razón para creer que el medicamento que normalmente está cubierto podría causar una reacción dañina; o 3) el medicamento recetado por su doctor es más eficaz para usted que el medicamento que normalmente está cubierto. El medicamento debe pertenecer a una clase de medicamentos cubiertos.

Cubriremos un medicamento antipsicótico, incluso si no está en nuestra lista de medicamentos, si su proveedor certifica que es lo mejor para usted. No hay copago por medicamentos antipsicóticos. En ciertos casos, también cubriremos otros medicamentos utilizados para tratar una enfermedad mental o un trastorno emocional, incluso si el medicamento no está en nuestra lista de medicamentos aprobados. Haremos esto por hasta un año si su proveedor certifica que el medicamento es mejor para usted y ha sido tratado con el medicamento durante 90 días antes de: 1) eliminar el medicamento de nuestra lista de medicamentos; o 2) se inscribió en el plan.

Para la mayoría de los medicamentos, usted solamente puede obtener un suministro limitado para un día a la vez.

La mayoría de los medicamentos y ciertos suministros están disponibles para un suministro de hasta 34 días. Ciertos medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada están disponibles para un suministro de hasta 90 días y se enumeran aquí: https://mn.gov/dhs/assets/90-day-supply-list_tcm1053-490928.pdf.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

56 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

Si UnitedHealthcare no cubre su medicamento o tiene restricciones o límites en su medicamento que cree que no funcionarán para usted, puede hacer lo siguiente:

- Puede preguntarle a su proveedor de atención médica si hay otro medicamento cubierto que funcione para usted
- Usted o su proveedor de atención médica pueden solicitarle a UnitedHealthcare que haga una “excepción” y cubra el medicamento para usted o que se eliminen las restricciones o límites. Si se aprueba su solicitud de excepción, el medicamento estará cubierto al nivel de copago genérico o de marca apropiado.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos de esta lista pueden tener requisitos adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** UnitedHealthcare requiere que su médico obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de UnitedHealthcare antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que UnitedHealthcare no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, UnitedHealthcare limita la cantidad del medicamento que cubriremos.

- **Requisitos de edad:** Algunos medicamentos tienen requisitos de edad. Es posible que se necesite una autorización previa según su edad y el medicamento específico recetado.

Puede averiguar si su medicamento requiere autorización previa, tiene límites de cantidad o tiene un requisito de edad consultando esta lista de medicamentos cubiertos. Se puede hacer una excepción a una restricción o límite de medicamentos si su doctor envía una declaración o documentación que respalde la solicitud. Consulte la Sección 7: Servicios cubiertos (medicamentos con receta) en su Manual para Miembros para obtener más información. También, usted puede obtener más información acerca de las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos llamando a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o visitando nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan. Consulte también "¿Puedo solicitar una excepción a las restricciones de cobertura?"

* Requiere o puede requerir autorización previa.

Sección 7: Servicios cubiertos

- **Medicamentos excluidos:** Algunos medicamentos están excluidos de la lista de medicamentos cubiertos. Esto significa que no están cubiertos. Los medicamentos excluidos incluyen los siguientes:
 - Medicamentos utilizados para tratar la disfunción sexual o eréctil
 - Medicamentos utilizados para mejorar la fertilidad
 - Medicamentos utilizados con fines cosméticos, incluidos los medicamentos para tratar la caída del cabello
 - Medicamentos cuya eficacia no se ha demostrado clínicamente
 - Medicamentos experimentales o en investigación
 - Cannabis medicinal

Si el personal de la farmacia le dice a usted que el medicamento no está cubierto y le pide que pague, pídale que llamen a su doctor. Nosotros no podemos devolverle el dinero si usted lo paga. Es posible que haya otro medicamento que funcione y que esté cubierto por nuestro plan. Si la farmacia no llama a su doctor, usted puede hacerlo. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** para obtener ayuda.

Las personas con enfermedades complejas o crónicas utilizan medicamentos especiales. Estos medicamentos a menudo requieren un manejo, dispensación o control especial por parte de un farmacéutico especialmente capacitado. Llame a Servicios para Miembros al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro (ID).

Si le recetan a usted un medicamento que está en la lista de medicamentos de especialidad de UnitedHealthcare, su doctor deberá enviar la receta de ese medicamento de especialidad a la farmacia de especialidades de UnitedHealthcare.

Nombre de la farmacia de especialidades: Optum Specialty Pharmacy

Teléfono y TTY: 1-855-427-4682, TTY 711

Fax: 1-877-342-4596

Horario de atención: Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana

Sitio en internet: specialty.optumrx.com

La farmacia especializada se comunicará con usted para configurar su cuenta después de que usted haya autorizado a su doctor para que envíe la receta a la farmacia especializada y reciba la autorización de UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

58 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

Medicamentos recetados (para miembros que tienen Medicare)

Servicios cubiertos:

- Se cubren algunos productos de venta libre, algunos productos recetados para la tos y el resfriado y algunas vitaminas que no están cubiertos por el programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare)

Servicios no cubiertos:

- Medicamentos recetados que son elegibles para estar cubiertos por el programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare)
- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para mejorar la fertilidad
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos, incluidos los medicamentos para tratar la caída del cabello
- Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal
- Fármacos experimentales, de investigación o no aprobados por la FDA
- Cannabis medicinal

Notas:

Medicare paga por la mayoría de sus medicamentos recetados a través del programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare). **Usted debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare** para recibir la mayoría de los servicios de medicamentos recetados. Usted recibirá sus servicios de medicamentos recetados a través de su plan de medicamentos recetados de Medicare — no a través de nuestro plan. Es posible que usted deba pagar un copago por los medicamentos recetados cubiertos por su plan de medicamentos recetados de Medicare.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Rehabilitación

Servicios cubiertos:

- Terapias de rehabilitación para restaurar la función: Fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia.
- Servicios de audiología, incluidas pruebas de audición

Servicios no cubiertos:

- Rehabilitación vocacional
- Clubes de salud y spas

Servicios comunitarios basados en la escuela (para miembros menores de 21 años)

Servicios cubiertos:

- Audiología
- Terapia ocupacional
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Terapia física
- Enfermería de salud pública
- Patología del habla y lenguaje

Servicios no cubiertos:

- Asistencia de cuidado personal
- Tecnología de asistencia
- Transporte especial
- Servicios del Plan de educación individualizado (IEP) que deben cubrirse a través de la escuela

* Requiere o puede requerir autorización previa.

60 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

Servicios para trastornos por el uso de sustancias (SUD)

Servicios cubiertos:

- Detección, evaluación y diagnóstico
- Tratamiento ambulatorio
- Hospital para pacientes hospitalizados
- Tratamiento residencial no hospitalario
- Tratamiento ambulatorio con metadona
- Desintoxicación (solo cuando la hospitalización como paciente interno es médicamente necesaria debido a condiciones resultantes de lesiones o accidentes o complicaciones médicas durante la desintoxicación)
- Coordinación del tratamiento SUD
- Apoyo de recuperación entre pares
- Administración de abstinencia

Servicios no cubiertos:

El pago de la habitación y la comida que se determine necesario por la evaluación del trastorno por uso de sustancias es responsabilidad del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

Notas:

Consulte la Sección 1 para conocer la información de contacto de los Servicios para trastornos por uso de sustancias.

Un asesor calificado que forma parte de la red del Plan decidirá qué tipo de atención para trastornos por uso de sustancias necesita. Puede obtener una segunda evaluación si no está de acuerdo con la primera. Para obtener una segunda evaluación, debe enviarnos una solicitud. Debemos recibir su solicitud dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de los resultados de su primera evaluación o antes de comenzar el tratamiento (lo que ocurra primero). Cubriremos una segunda evaluación realizada por un asesor calificado diferente. Haremos esto dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud. Si está de acuerdo con la segunda evaluación, puede tener acceso a los servicios de acuerdo con los estándares de trastornos por uso de sustancias y la segunda evaluación. Tiene derecho a apelar. Consulte la Sección 13 de este Manual para miembros.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Cirugía

Servicios cubiertos:

- Consultorio, consultas clínicas y cirugía
- Eliminación de marcas de nacimiento de manchas rosáceas
- Cirugía reconstructiva (por ejemplo, después de una mastectomía, después de una cirugía por lesión, enfermedad u otras enfermedades; por defectos de nacimiento)
- Servicios de anestesia
- Circuncisión cuando sea médicamente necesario
- Cirugía de confirmación de género

Servicios no cubiertos:

- Cirugía estética

Servicios de telesalud

Los servicios de telesalud cubren servicios y consultas médicamente necesarios brindados por un proveedor de atención médica con licencia por teléfono o videollamada con el miembro. La ubicación del miembro puede ser su casa.

Trasplantes

Servicios cubiertos:

- Trasplantes de órganos y tejidos, incluidos médula ósea, córnea, corazón, corazón-pulmón, intestino, intestino-hígado, riñón, hígado, pulmón, páncreas, páncreas-riñón, células de los islotes pancreáticos, células madre y otros trasplantes
- Dispositivo de asistencia ventricular: insertado como puente a un trasplante de corazón o como tratamiento de terapia de destino

* Requiere o puede requerir autorización previa.

62 ¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

Notas:

El tipo de trasplante debe estar: 1) en la lista del manual para proveedores del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota; 2) un tipo cubierto por Medicare; o 3) aprobado por el agente de revisión médica del estado.

Los trasplantes deben realizarse en un centro de trasplantes aprobado por Medicare.

Los centros de trasplante de células madre o médula ósea deben cumplir con los estándares establecidos por la Fundación para la Acreditación de Terapia Celular (FACT).

Transporte desde y hacia los servicios médicos

Servicios cubiertos:

- Ambulancia (aire o tierra incluye transporte por agua)
- Transporte de conductores voluntarios
- Transporte no asistido (taxi o transporte público)
- Transporte asistido
- Transporte equipado con elevador o en rampa
- Transporte protegido
- Transporte en camilla

Servicios no cubiertos:

- Reembolso de millas (por ejemplo, cuando usted usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento, también están incluidos los viajes fuera del estado. Estos servicios no están cubiertos por el plan, pero pueden estar disponibles a través del condado local o la agencia de la tribu. Llame a la agencia de su condado o a la tribu local para obtener más información.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Notas:

Si usted necesita transporte hacia y desde los servicios de salud que nosotros cubrimos, llame al número de teléfono de transporte que se encuentra en la Sección 1. Le proporcionaremos la forma de transporte más adecuada y rentable.

El plan no está obligado a proporcionar transporte a su clínica de atención primaria si está a más de 30 millas de su hogar o si elige a un proveedor especializado que está a más de 60 millas de su hogar. Llame al número de teléfono de transporte en la Sección 1 si no tiene una clínica de atención primaria que esté disponible a 30 millas de su hogar o si no tiene a un proveedor especializado que esté disponible en un radio de 60 millas de su hogar.

Atención de urgencias

Servicios cubiertos:

- Atención de urgencia dentro del área de servicio del plan
- Atención de urgencia fuera del área de servicio del plan

Servicios no cubiertos:

- Los servicios de atención médica de urgencia, emergencia u otros servicios prestados o artículos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos. Nosotros no haremos pagos de la atención médica a un proveedor ni a ninguna entidad fuera de los Estados Unidos.

Notas:

Una condición urgente no es tan grave como una emergencia. Esta es la atención médica para una afección que necesita tratamiento inmediato para evitar que empeore. La atención de urgencia está disponible las 24 horas del día.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** lo antes posible cuando reciba atención de urgencia fuera del área de servicio del plan.

* Requiere o puede requerir autorización previa.

64 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

Sección 8:

Servicios que no cubrimos

Si usted recibe servicios o suministros que no están cubiertos, es posible que tenga usted que pagarlos. Algunos servicios y suministros “no cubiertos” se enumeran bajo cada categoría en la Sección 7. La siguiente es una lista de otros servicios y suministros que no están cubiertos por el plan. Esta no es una lista completa. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

- Autopsias (exámenes que se realizan en los cuerpos de personas que han fallecido para averiguar la causa de la muerte)
- Procedimientos o tratamientos cosméticos
- Servicios de emergencia, urgencias u otros servicios de atención médica prestados o artículos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos. Nosotros no pagaremos por la atención médica de un proveedor ni a ninguna entidad que se encuentre fuera de los Estados Unidos.
- Servicios experimentales o de investigación
- Servicios o suministros de atención médica que no son médicamente necesarios
- Productos homeopáticos y herbales
- Servicios incidentales para pacientes hospitalizados y en casas de reposo, como televisión, teléfono, servicios de peluquería y belleza, y servicios para huéspedes
- Suministros que no se utilizan para tratar una afección médica

Sección 9:

Servicios que no están cubiertos por el plan pero que pueden estar cubiertos a través de otra fuente

Son aquellos servicios no están cubiertos por el plan, pero que pueden estar cubiertos a través de otra fuente, como el estado, condado, gobierno federal, tribu o un plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información acerca de estos servicios, llame al Servicio de asistencia para miembros de los Programas de atención médica de Minnesota (MHCP) al 651-431-2670 o al 1-800-657-3739 (llamada gratuita) o al TTY 711 o utilice sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratis.

- Servicios de aborto
- Administración de casos para miembros con discapacidades del desarrollo
- Administración de casos dirigida hacia el bienestar infantil
- Servicios de habilitación y capacitación diurna
- Manejo de casos de VIH
- Enfermería de atención domiciliaria (HCN): Para obtener más información acerca de los servicios de HCN, comuníquese con una agencia de atención médica domiciliaria para una evaluación. Para encontrar una agencia de atención médica domiciliaria en su área, llame al número del centro de ayuda para miembros de MHCP que aparece en el primer párrafo.
- Centro de atención médica intermedia para miembros con discapacidades del desarrollo (ICF/DD)
- Capacitación laboral y servicios educativos
- Servicios médicamente necesarios especificados en un plan de educación individual (IEP) o plan de servicio familiar individual (IFSP) que son proporcionados por un distrito escolar y cubiertos por asistencia médica (Medicaid)
- Reembolso de millas (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento. Comuníquese con su condado para obtener más información.
- Estancias en casas de reposo

Sección 9: Servicios que no están cubiertos por el plan pero que pueden estar cubiertos a través de otra fuente

- Asistencia para cuidados personales (PCA). Los servicios y apoyos de Community First (CFSS) reemplazarán los servicios de PCA, con la aprobación federal. Comuníquese con la admisión de su condado de residencia para obtener servicios y apoyos de atención a largo plazo para obtener más información sobre los servicios de PCA y para coordinar una evaluación.
- Coordinación de servicios comunitarios posteriores al arresto
- Recetas cubiertas por el programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Usted debe estar inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare para obtener estos servicios.
- Alojamiento y comida asociados con los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)
- Alojamiento y comida asociados con los servicios de tratamiento en las instalaciones residenciales de tratamiento de salud mental para niños. El alojamiento y la comida pueden estar cubiertos por su condado. Llame a su condado para obtener información.
- Servicios prestados por instituciones federales
- Servicios proporcionados por un centro de tratamiento regional estatal, un centro de atención a largo plazo propiedad del estado, a menos que lo aprobemos o el servicio sea ordenado por un tribunal bajo las condiciones especificadas en la ley
- Tratamiento en instalaciones de la Regla 36 que no están autorizadas como Servicios de Tratamiento Residencial Intensivo (IRTS)
- Exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad

Sección 10:

Cuándo llamar al trabajador social de su condado

Llame al trabajador social de su condado para informar acerca de alguno de estos cambios:

- Cambios de nombre
- Cambios de domicilio, incluyendo la mudanza fuera de Minnesota
- Fechas de inicio y finalización del embarazo
- Adición o pérdida de un miembro del hogar
- Tarjeta de identificación del programa de Atención Médica de Minnesota perdida o robada
- Nuevo seguro o Medicare: Fechas de inicio y finalización
- Cambio en los ingresos, incluyendo los cambios de empleo

Sección 11:

Uso de la cobertura del plan con otro seguro

Si usted tiene otro seguro, infórmenos antes de recibir atención médica. Le informaremos si usted debe utilizar los proveedores de la red del plan o los proveedores de atención médica que utiliza con su otro seguro. Coordinaremos nuestros pagos con ellos. A esto se le llama "coordinación de beneficios". Ejemplos de otros seguros incluyen:

- Seguro de automóvil sin culpa
- Compensación laboral
- Medicare
- Tricare
- Otra cobertura de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- Otro seguro comercial

Cuando usted se convierte en miembro del plan, acepta:

- Permitirnos enviarle facturas a su otro seguro
- Permitirnos obtener información acerca de su otro seguro
- Permitanos recibir pagos de su otro seguro en lugar de que le envíen a usted los pagos
- Ayudarnos a recibir pagos de su otro seguro

Si su otro seguro cambia, llame al trabajador social de su condado.

Sección 12:

Subrogación u otra reclamación

Este primer párrafo se aplica a personas que no son ciudadanos en el programa Familias y Niños:

Es posible que usted tenga otras fuentes que paguen por su atención médica. Esos pagos pueden venir de otra persona, grupo, compañía de seguros u otra organización. Si usted tiene una reclamación en contra del origen de otra fuente de sus lesiones, nosotros haremos una reclamación por la atención médica que cubrimos para usted. La ley estatal requiere que usted nos ayude a hacer esto. La reclamación puede recuperarse de cualquier acuerdo, decisión o veredicto que usted reciba de otra entidad. Esto es aplicable, incluso si usted no recibió el pago completo de su reclamación. El monto de la reclamación no puede exceder más de lo que permite la ley estatal.

Este segundo párrafo se aplica a los miembros del programa Familias y Niños, excepto a ciertas personas que no sean ciudadanas:

Es posible que usted tenga otras fuentes de pago para su atención médica. Estas pueden ser otra persona, grupo, compañía de seguros u otra organización. Las leyes federales y estatales establecen que los beneficios de Asistencia Médica (Medicaid) se pagan solo si no existe otra fuente de pago. Si tiene una reclamación en contra de otra fuente de lesiones, haremos una reclamación por separado por la atención médica que cubrimos para usted. Las leyes exigen que nos ayude a hacer esto. La reclamación puede recuperarse de cualquier fuente que pueda ser responsable del pago de la atención médica que cubrimos para usted. El monto de la reclamación no superará lo permitido por las leyes federales y estatales.

Sección 13:

Proceso de reclamación, apelación y Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal)

Esta sección le informa sobre el sistema de quejas y apelaciones, incluidos avisos, reclamaciones (quejas), apelaciones del plan de salud y Apelaciones Estatales (Audiencia Imparcial Estatal). Le informa cómo y cuándo usar el sistema de quejas y apelaciones si no está satisfecho con su atención médica o servicio o no está de acuerdo con una decisión que tomamos. Le informa sobre sus derechos al utilizar el sistema de reclamaciones y apelaciones.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** si tiene preguntas o desea ayuda para presentar una queja o apelación.

Términos del sistema de reclamaciones y apelaciones que debe conocer

Una reclamación es cuando usted no está satisfecho con los servicios que ha recibido y puede incluir cualquiera de lo siguiente:

- Calidad de la atención o los servicios prestados
- Incumplimiento de sus derechos
- Maltrato de parte de un proveedor o empleado del plan de salud
- Retraso en el tratamiento apropiado o para una referencia
- No actuar dentro de los plazos requeridos para quejas y apelaciones

Una denegación, terminación o reducción (DTR) (notificación de acción) es un formulario o carta que le enviamos para informarle acerca de una decisión que tomamos sobre una solicitud de servicio, pago de una reclamación o cualquier otra solicitud. La notificación le indicará cómo presentar una apelación ante el plan de salud o solicitar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal) si usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 71

Sección 13: Proceso de reclamación, apelación y Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal)

Una apelación del plan de salud es su solicitud para que revisemos una decisión que tomamos. Usted puede solicitar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión en cualquiera de las siguientes acciones (decisiones):

- Denegación o autorización limitada del tipo o nivel de servicio solicitado por su proveedor
- Reducción, suspensión o interrupción de un servicio que fue aprobado antes
- Denegación de todo o parte del pago de un servicio
- No proporcionar servicios (incluido el transporte) en un período de tiempo razonable
- Denegación de la solicitud de un miembro para obtener servicios fuera de la red para miembros que viven en un área rural con un solo plan de salud
- No dar una respuesta a su reclamo o apelación en los plazos requeridos
- Denegación de su solicitud para disputar su responsabilidad financiera, incluidos los copagos y otros costos compartidos

Su proveedor puede apelar en su nombre con su consentimiento por escrito. Su proveedor tratante puede apelar una decisión de autorización previa sin su consentimiento.

Una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal) es su solicitud para que el estado revise una decisión que tomamos. Usted debe apelar ante UnitedHealthcare antes de solicitar una Apelación Estatal. Si nosotros tomamos más de 30 días para decidir su apelación y no hemos solicitado una extensión, usted no necesita esperar nuestra decisión para solicitar una Apelación Estatal. Puede apelar cualquiera de estas acciones (decisiones):

- Denegación o autorización limitada del tipo o nivel de servicio
- Reducción, suspensión o interrupción de un servicio que fue aprobado antes
- Denegación de todo o parte de un pago por un servicio
- No proporcionar servicios en un período de tiempo razonable
- Nuestra incapacidad para actuar dentro de los plazos requeridos para autorizaciones previas y apelaciones
- Responsabilidad financiera, incluidos copagos u otros costos compartidos
- Cualquier otra acción

Plazos importantes para las apelaciones

Usted debe seguir los plazos para presentar apelaciones de planes de salud y Apelaciones Estatales (Audiencia imparcial estatal). Si se excede el tiempo permitido, es posible que no revisemos su apelación y que el estado no acepte su solicitud de apelación.

Usted debe apelar ante nosotros **dentro de 60 días** a partir de la fecha del DTR (notificación de acción). Nosotros podemos darle más tiempo si usted tiene una buena razón para no cumplir con el plazo. Debe presentar una apelación con nosotros antes de solicitar una Apelación Estatal. Si nosotros nos tomamos más de 30 días para decidir su apelación y no hemos solicitado una extensión, usted puede solicitar una Apelación Estatal sin esperarnos.

Usted debe solicitar una Apelación Estatal **dentro de 120 días** posteriores a nuestra decisión de apelación.

Si detenemos o reducimos un servicio, usted puede seguir recibiendo el servicio si presenta una apelación del plan de salud **dentro de 10 días** posteriores a la fecha de la notificación o antes que se detenga o reduzca el servicio, lo que ocurra más tarde. **Usted debe solicitar seguir recibiendo el servicio cuando presente una apelación.** El servicio puede continuar hasta que se decida la apelación. Si pierde la apelación, es posible que se le facturen estos servicios, pero solo si la política estatal lo permite.

Si pierde la apelación, usted puede seguir recibiendo el servicio durante una Apelación Estatal si solicita una Apelación Estatal dentro de 10 días posteriores a la fecha de la decisión acerca de la apelación de su plan.

Para el programa de destinatario restringido, un miembro que reciba un aviso de restricción puede presentar una apelación ante nosotros. Debe presentar una apelación **dentro de 60 días** a partir de la fecha de la notificación. Debe apelar dentro de 30 días para evitar que se implemente la restricción durante su apelación. Usted puede solicitar una Apelación Estatal después de recibir nuestra decisión.

Sección 13: Proceso de reclamación, apelación y Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal)

Para presentar una apelación oral o escrita ante nosotros:

Usted puede apelar por teléfono, por escrito, por fax o en persona. La información de contacto y la dirección se encuentran en la Sección 1 en "Apelaciones y quejas formales".

Si usted solicita la apelación por teléfono, debe ser seguida por una apelación por escrito, a menos que usted esté solicitando una resolución rápida. Nosotros le ayudaremos a completar una apelación por escrito. Le pediremos que firme y devuelva la apelación por escrito.

Las apelaciones rápidas son para servicios de urgencia. Si nosotros aceptamos que es urgente, le daremos una decisión dentro de 72 horas. Intentaremos llamarlo para informarle la decisión antes de enviarla por escrito.

Nosotros podemos tomarnos hasta 14 días adicionales si necesitamos más información o usted puede solicitar tiempo adicional ese tiempo adicional es en su beneficio. Así mismo nosotros le diremos por qué nos estamos tomando el tiempo adicional.

Si su apelación no es urgente, le informaremos en un plazo de 10 días que la recibimos. Le daremos una decisión por escrito dentro de 30 días. Podemos tomarnos hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y es lo mejor para usted o si usted solicita tiempo adicional. Le informaremos porque nos estamos tomando el tiempo adicional.

La persona que toma la decisión no será la misma que participó en la revisión o toma de decisiones anterior.

Si decidimos una apelación acerca de un servicio que fue denegado porque no era médicamente necesario, la decisión la tomará un profesional de atención médica con la experiencia clínica adecuada para tratar su afección o enfermedad.

Usted o su representante pueden presentar su información en persona, por teléfono o por escrito.

Si usted apela, le enviaremos a usted o a su representante el expediente del caso cuando lo solicite, incluyendo los expedientes médicos y cualquier otro documento y expediente que hemos considerado durante el proceso de apelación.

Sección 13: Proceso de reclamación, apelación y Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal)

Para presentar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota:

Usted debe presentar una apelación del plan de salud ante nosotros antes de solicitar una Apelación Estatal. Debe solicitar una Apelación Estatal dentro de 120 días a partir de la fecha de nuestra decisión de apelación (resolución).

Su apelación ante el estado debe ser por escrito. Usted puede escribir al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota para solicitar una Apelación Estatal.

Envíela a: Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Para presentarla por internet:

<https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG>

Para enviarla por fax: 651-431-7523

Informe al estado por qué no está de acuerdo con la decisión que tomamos. Usted puede pedirle ayuda a un amigo, familiar, defensor, proveedor o abogado. Su proveedor debe tener su permiso por escrito para solicitar una Apelación Estatal en su nombre.

Un juez de servicios humanos de la Oficina de Apelaciones del estado celebrará una audiencia. Puede solicitar asistir a la audiencia por teléfono, video o en persona. Puede pedirle a sus proveedores u otras personas que den testimonio. Puede proporcionar documentos para que los considere el juez.

El proceso puede tardar 90 días. Si su audiencia es acerca de un servicio que se necesita con urgencia, dígaselo al juez o al mediador cuando los llame o les escriba.

Si su audiencia es sobre un servicio que fue denegado porque no era médicamente necesario, puede solicitar la revisión de un experto médico. El experto médico es independiente tanto del estado como de UnitedHealthcare. El estado paga por esta revisión. No hay costo alguno para usted.

Si no está de acuerdo con la decisión del juez de servicios humanos, puede pedirle al estado que reconsidere su decisión. Envíe una solicitud por escrito de reconsideración a la Oficina de Apelaciones del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota dentro de 30 días posteriores a la fecha de la decisión. La información de contacto se enumera anteriormente en esta sección.

Si no está de acuerdo con la decisión del estado, puede apelar al tribunal de distrito de su condado.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 75

[Tabla de contenido](#)

Sección 13: Proceso de reclamación, apelación y Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal)

Reclamaciones (quejas)

Usted puede presentarnos una reclamación en cualquier momento. No hay una fecha determinada para presentarnos una queja. **Para presentar una reclamación verbal con nosotros:** Llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** e infórmenos acerca del problema.

Nosotros le daremos una decisión dentro de 10 días. Es posible que nos tomemos hasta 14 días más para tomar una decisión si necesitamos más información y eso es mejor para usted. Le informaremos en un plazo de 10 días que estamos tomando más tiempo y las razones.

Si su queja es sobre nuestra denegación de una apelación rápida o una queja sobre problemas de atención médica urgente, le daremos una decisión dentro de 72 horas.

Para presentarnos una reclamación por escrito:

Envíenos una carta sobre su reclamación. Escriba a la dirección que se anota en la Sección 1 en "Apelaciones y reclamaciones".

Nosotros podemos ayudarlo a poner su queja por escrito. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** si necesita ayuda.

Le informaremos que recibimos su reclamación dentro de 10 días.

Le daremos una decisión por escrito dentro de 30 días. Es posible que nos demoremos hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y eso es mejor para usted o si usted o su proveedor solicitan tiempo adicional. Le diremos que nos estamos tomando el tiempo adicional y por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar su queja ante el Departamento de Salud de Minnesota.

Envíela a: Minnesota Department of Health
Health Policy and Systems Compliance Monitoring Division
Managed Care Systems
P.O Box 64882
St. Paul, MN 55164-0882

Llame al: 1-800-657-3916 (número gratuito) o 651-201-5100, TTY 711

Visite: <https://www.health.state.mn.us/facilities/insurance/clearinghouse/complaints.html>

Sección 13: Proceso de reclamación, apelación y Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal)

También puede llamar al Defensor del Pueblo para los Programas de Atención de la Salud Administrados por el Público para obtener ayuda. La información de contacto aparece después de esta sección.

Información importante acerca de sus derechos al presentar una reclamación, apelación o solicitar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal):

Si usted decide presentar una reclamación o apelación o solicita una Apelación Estatal, no afectará su elegibilidad para los servicios médicos. Tampoco afectará su inscripción en nuestro plan de salud.

Usted puede obtener la ayuda de un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado para presentar su reclamación, apelación o Apelación Estatal.

No hay ningún costo para usted por presentar una apelación al plan de salud, una reclamación o una Apelación Estatal. Es posible que nosotros paguemos algunos gastos como transporte, cuidado de niños, fotocopias, etc.

Si solicita ver sus expedientes médicos u otros documentos que nosotros empleamos para tomar para tomar nuestra decisión puede verlos y recibir copias, nosotros o su proveedor debemos proporcionárselos a usted sin costo alguno. Si lo solicita, también debemos darle, sin costo para usted, una copia de las guías que empleamos para tomar nuestra decisión. Es posible que usted deba presentar su solicitud por escrito.

Si usted necesita ayuda con su reclamación, apelación o Apelación Estatal, puede llamar o escribir al Defensor del Pueblo de los Programas de Atención Médica Administrada Pública. Es posible que puedan ayudarlo con problemas de acceso, servicio o facturación. También pueden ayudarlo a presentar una reclamación o apelación ante nosotros o solicitar una Apelación Estatal.

Llame al: 651-431-2660
1-800-657-3729 o TTY 711, o use sus servicios de retransmisión preferidos.
Esta llamada es gratuita.
El horario de servicio es de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes

O

Escriba a: Ombudsman for Public Managed Health Care Programs
P.O. Box 64249
St. Paul, MN 55164-0249

Por Fax: 651-431-7472

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 77

Sección 14: Definiciones

Estos son los significados de algunas palabras en este Manual para Miembros.

Acción: Esto incluye:

- Denegación o autorización limitada del tipo o nivel de servicio
- Reducción, suspensión o interrupción de un servicio que fue aprobado antes
- Denegación de todo o parte del pago de un servicio
- No proporcionar servicios en un período de tiempo razonable
- No actuar dentro de los plazos requeridos para quejas y apelaciones
- Denegación de la solicitud de un miembro para obtener servicios fuera de la red para miembros que viven en un área rural con un solo plan de salud

Anestesia: Medicamentos que lo inducen a dormir en una operación.

Apelación: Una forma de desafiar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación escrita u oral.

Niño: Miembro menor de 21 años.

Chequeos para niños y adolescentes (C&TC): Un programa de atención médica especial de visitas del niño sano para miembros menores de 21 años. Incluye exámenes de detección para detectar problemas de salud. También incluye referencias para diagnóstico y tratamiento, si es necesario.

Ensayo clínico: Un estudio médico calificado que está sujeto a una revisión por pares definida; patrocinado por un programa de investigación clínica que cumple con las reglas federales y estatales y los estándares aprobados y cuyos verdaderos resultados se reportan.

Coseguro: Una cantidad que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de los servicios o artículos. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, 10%).

Copago: Una cantidad fija que puede pagar como su parte del costo cada vez que obtiene ciertos servicios, suministros o medicamentos recetados. Los copagos generalmente se pagan en el momento en que se brindan los servicios, suministros o medicamentos recetados. Por ejemplo, podría pagar entre \$1 y \$3.50 por servicios, suministros o medicamentos recetados.

78 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

[Tabla de contenido](#)

Costos compartidos: Montos que usted puede ser responsable de pagar por sus servicios médicos. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre los costos compartidos.

Servicios cubiertos: Los servicios de atención médica que son elegibles para el pago.

Competencia cultural: La competencia cultural y lingüística es la capacidad de las organizaciones de atención administrada y los proveedores dentro de su red para brindar atención a los miembros con diversos valores, creencias y comportamientos, y para adaptar la prestación de la atención para satisfacer las necesidades sociales, culturales y sociales de los miembros. necesidades lingüísticas. El objetivo final es un sistema de prestación de atención médica y una fuerza laboral que pueda brindar la más alta calidad de atención a cada paciente, independientemente de su raza, origen étnico, antecedentes culturales, dominio del idioma, alfabetización, edad, género, orientación sexual, discapacidad, religión o nivel socioeconómico. estado.

Denegación, terminación o reducción (DTR) (Aviso de acción): Un formulario o carta que le enviamos para informarle sobre una decisión sobre una reclamación, servicio o cualquier otra acción que tomemos.

Servicios de acceso directo: Puede acudir a cualquier proveedor de la red del plan para obtener estos servicios. No necesita una referencia o autorización previa de su PCP o PCC antes de recibir los servicios.

Equipo médico duradero (DME): Cierta equipo médico que su médico solicita para su uso en el hogar. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, equipos y suministros de oxígeno.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, piensa que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida de la función de un cuerpo. parte o podría causar graves daños físicos o mentales. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor intenso. Esto también se denomina condición médica de emergencia.

Atención/servicios de emergencia: Servicios cubiertos que brinda un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica. Esto también se llama atención en la sala de emergencias.

Transporte médico de emergencia: Servicios de ambulancia para una afección médica de emergencia.

Servicios excluidos: Servicios que el plan no paga. Medical Assistance (Medicaid) tampoco los pagará.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 79

Sección 14: Definiciones

Servicio experimental: Un servicio que no ha demostrado ser seguro y eficaz.

Estudio de revisión de calidad externa: Un estudio sobre cómo UnitedHealthcare brinda calidad, puntualidad y acceso a la atención. Este estudio es externo e independiente.

Familias y Niños (Families and Children): El nombre del programa de asistencia médica prepaga (PMAP) en el que se encuentra.

Planificación familiar: Información, servicios y suministros que ayudan a una persona a decidir si quiere tener hijos. Estas decisiones incluyen elegir tener un hijo, cuándo tener un hijo o no tener un hijo.

Pago por servicio (FFS): Método de pago de los servicios de salud. El proveedor médico factura directamente al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS). El DHS paga al proveedor por los servicios médicos. Este método se utiliza cuando es elegible para los programas de atención médica de Minnesota, pero no está inscrito en un plan de salud.

Formulario: La lista de medicamentos cubiertos por el plan.

Reclamación: Una queja que presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención.

Atención médica en el hogar: Servicios de atención médica para una enfermedad o lesión que se brindan en el hogar o en la comunidad donde las actividades de la vida normal llevan al miembro.

Hospicio: Un programa especial para miembros que tienen una enfermedad terminal y no se espera que vivan más de seis meses para vivir cómodamente el resto de la vida del miembro. Ofrece servicios especiales para el miembro y su familia. Esto también se conoce como servicios de hospicio.

Hospitalización: Atención en un hospital que requiere ingreso como paciente internado y generalmente requiere pasar la noche.

Atención médica en hospital para pacientes ambulatorios: Atención en un hospital que, por lo general, no requiere pasar la noche en el hospital.

Servicios de estabilización de vivienda: Servicios para ayudar a las personas con discapacidades, incluidas las enfermedades mentales y el trastorno por uso de sustancias, y a las personas mayores a encontrar y conservar una vivienda. El propósito de estos servicios es apoyar la transición de una persona a la vivienda, aumentar la estabilidad a largo plazo en la vivienda en la comunidad y evitar futuros períodos de falta de vivienda o institucionalización.

80 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Hospitalización para pacientes internados: Una estadía en un hospital o centro de tratamiento que generalmente dura 24 horas o más.

Servicio de investigación: Un servicio que no ha demostrado ser seguro y eficaz.

Medicamento necesario: Describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención médica que le impide ingresar a un hospital o casa de reposo. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. La atención médicamente necesaria es adecuada para su afección. Esto incluye la atención médica relacionada con afecciones físicas y salud conductual (incluida la salud mental y el trastorno por uso de sustancias). Incluye el tipo y nivel de servicios. Incluye el número de tratamientos. También incluye dónde obtiene los servicios y cuánto tiempo duran. Los servicios médicamente necesarios deben:

- Ser los servicios, suministros y medicamentos recetados que normalmente solicitarían otros proveedores
- Ayudarlo a mejorar o mantenerse tan bien como está
- Ayudar a evitar que su condición empeore
- Ayudar a prevenir o encontrar problemas de salud

Medicare: El programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más. También es para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal.

Plan de medicamentos recetados de Medicare: Un plan de seguro que ofrece beneficios de medicamentos del programa de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare).

Programa de medicamentos recetados de Medicare: El beneficio de medicamentos recetados para los miembros de Medicare. A veces se denomina Parte D de Medicare. La cobertura de medicamentos se proporciona a través de un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Miembro: Una persona que recibe servicios a través de un programa determinado, como un programa de atención médica de Minnesota o Medicare.

Manual para Miembros: Este es el documento que está leyendo. Este documento le informa qué servicios están cubiertos por el Plan. Le indica lo que debe hacer para obtener los servicios cubiertos. Le informa sus derechos y responsabilidades. También informa sobre nuestros derechos y responsabilidades.

Red: Nuestros proveedores de atención médica contratados por el plan.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 81 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Sección 14: Definiciones

Proveedores de la red: Estos son proveedores que aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no cobran una cantidad adicional a nuestros miembros. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan o proveedores participantes.

Defensor del pueblo para programas de atención médica administrada públicamente: Una persona del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota que puede ayudarlo con problemas de acceso, servicio o facturación. El defensor del pueblo también puede ayudarlo a presentar una reclamación o apelación o solicitar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal).

Servicios de acceso abierto: Las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar, incluso si no está en nuestra red, para obtener estos servicios.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: Servicios brindados en un hospital o centro para pacientes ambulatorios que no se encuentran en un nivel de atención para pacientes hospitalizados. Estos servicios también pueden estar disponibles en su clínica u otro centro de salud.

Servicios fuera del área: Atención médica brindada a un miembro por un proveedor fuera de la red fuera del área de servicio del plan.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es empleado, no es propiedad ni está operado por nuestro plan y no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Esto también se conoce como proveedor no participante.

Servicios fuera de la red: Atención médica brindada a un miembro por un proveedor que no es parte de la red del plan.

Plan de incentivos para médicos: Arreglos de pago especiales entre nosotros y el médico o el grupo de médicos que pueden afectar el uso de las referencias. También puede afectar otros servicios que pueda necesitar.

Servicios médicos: Servicios proporcionados por una persona con licencia según la ley estatal para practicar la medicina o la osteopatía. Servicios de atención médica que proporciona o coordina un médico con licencia (M.D. – Doctor en Medicina o D.O. – Doctor en Medicina Osteopática).

Plan: Una organización que tiene una red de médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de atención médica para ayudarlo.

Programa de asistencia médica prepaga (PMAP): Un programa en el que el estado contrata planes de salud para cubrir y administrar los servicios de atención médica para los afiliados a Asistencia médica (Medicaid).

Atención de posestabilización: Un servicio hospitalario necesario para ayudar a que las condiciones de una persona se mantengan estables después de recibir atención de emergencia. Empieza cuando el hospital pide nuestra aprobación para la cobertura. Continúa hasta que la persona es dada de alta; nuestro médico de la red del plan comienza a recibir atención; o nosotros, el hospital y el médico acordamos un arreglo diferente.

Prima: El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por cobertura médica o de medicamentos recetados.

Programa de asistencia médica prepaga (PMAP): Un programa en el que el estado contrata planes de salud para cubrir y administrar los servicios de atención médica para los afiliados a Asistencia médica (Medicaid).

Medicamentos de receta: Medicamentos y medicamentos recetados por un proveedor médico.

Cobertura de medicamentos recetados: Un plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados y los medicamentos. Consulte también el "Programa de medicamentos recetados de Medicare". También vea "Programa de medicamentos de receta de Medicare".

Servicios preventivos: Servicios que lo ayudan a mantenerse saludable, como exámenes físicos de rutina, vacunas y atención de bienestar personal. Estos servicios ayudan a encontrar y prevenir problemas de salud. El seguimiento de las afecciones que se han diagnosticado (como un chequeo de diabetes) no es preventivo.

Clínica de atención primaria: La clínica de atención primaria (PCC) que elige para su atención de rutina. Esta clínica le brindará la mayor parte de su atención.

Proveedor de atención primaria: Su proveedor de atención primaria (PCP) es el médico u otro proveedor de atención médica calificado que ve en su clínica de atención primaria. Esta persona administrará su atención médica.

Autorización previa: Nuestra aprobación que se necesita para algunos servicios antes de que los reciba. Esto también se conoce como preautorización o autorización de servicio.

Proveedor: Un profesional de atención médica calificado o un centro aprobado por la ley estatal para brindar atención médica.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Sección 14: Definiciones

Queja sobre la calidad de la atención: Para los propósitos de este manual, "queja sobre la calidad de la atención" significa una insatisfacción expresada con respecto a los servicios de atención médica que resulta en un daño potencial o real a un miembro. Las quejas sobre la calidad de la atención pueden incluir: acceso; competencia del proveedor y del personal; idoneidad clínica de la atención; comunicaciones; comportamiento; consideraciones ambientales y de las instalaciones; y otros factores que podrían afectar la calidad de los servicios de atención médica.

Referencia: Consentimiento por escrito de su proveedor de atención primaria que puede necesitar antes de consultar a ciertos proveedores, como especialistas, para obtener servicios cubiertos. Su proveedor de atención primaria debe escribirle una referencia.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: Tratamiento y equipo que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante.

Programa de destinatario restringido (RRP): Un programa para miembros que han recibido atención médica y no han seguido las reglas o han utilizado incorrectamente los servicios. Si está en este programa, debe obtener servicios de salud de un proveedor de atención primaria designado, una farmacia, un hospital u otro proveedor de atención médica designado. Debe hacer esto durante al menos 24 meses de elegibilidad para los programas de atención médica de Minnesota. Los miembros de este programa que no sigan las reglas del programa deberán continuar en el programa durante 36 meses adicionales.

Segunda opinión: Si no está de acuerdo con una opinión que reciba de un proveedor de la red del Plan, tiene derecho a obtener una opinión de otro proveedor. Pagaremos por esto. Para los servicios de salud mental, la segunda opinión puede provenir de un proveedor fuera de la red. Para los servicios para trastornos por uso de sustancias, la segunda opinión será de un asesor calificado diferente que no necesita estar en la red del plan. Debemos considerar la segunda opinión, pero no tenemos que aceptar una segunda opinión para el trastorno por uso de sustancias o los servicios de salud mental.

Área de servicio: El área donde una persona debe vivir para poder convertirse en miembro del plan o seguir siendo miembro. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** para obtener detalles sobre el área de servicio.

Autorización de servicio: Nuestra aprobación que se necesita para algunos servicios antes de que los reciba. Esto también se conoce como autorización previa o autorización previa.

Atención de enfermería especializada: Atención o tratamiento que solo pueden realizar enfermeras con licencia.

Especialista: Doctor que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica.

84 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

Autorización permanente: Consentimiento por escrito de nuestra parte para ver a un especialista fuera de la red más de una vez (para atención continua).

Apelación Estatal (Audiencia Imparcial con el Estado): Una audiencia en el estado para revisar una decisión que tomamos. Usted debe solicitar una audiencia por escrito. Su proveedor puede solicitar una Apelación Estatal con su consentimiento por escrito. Puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con alguno de los siguientes puntos:

- Una denegación, terminación o reducción de servicios
- Inscripción en el Plan
- Denegación de parte o la totalidad de una reclamación por un servicio
- Nuestra incapacidad para actuar dentro de los plazos requeridos para autorizaciones previas y apelaciones
- Cualquier otra acción

Subrogación: Nuestro derecho a cobrar dinero en su nombre de otra persona, grupo o compañía de seguros. Tenemos este derecho cuando obtiene cobertura médica bajo este Plan para un servicio que está cubierto por otra fuente o un tercero pagador.

Trastorno por uso de sustancias: Consumir alcohol o drogas de una forma que le cause daño.

Estados Unidos: A los efectos de este Manual para Miembros, los Estados Unidos incluyen los cincuenta estados, el Distrito de Columbia, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

Atención de urgencia: Atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Esto también se conoce como atención urgente.

Sección 15:

Información adicional

Puede obtener información sobre los doctores de la red en myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Miembros.

Podemos contarle la siguiente información:

1. Nombre, dirección, número de teléfono
2. Cualificación profesional
3. Especialidad
4. Certificación de la junta
5. Idiomas que habla el proveedor
6. Información sobre el programa de residencia y la escuela de medicina a la que asistió
7. Estado de certificación de la junta

Nuevos procedimientos médicos

Las solicitudes para cubrir nuevos procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos son revisadas por el Comité de Evaluación de Tecnología de UnitedHealthcare Community Plan. Este grupo incluye doctores y otros expertos en salud. El equipo utiliza pautas nacionales y evidencia científica de estudios médicos para ayudar a decidir si UnitedHealthcare Community Plan debe aprobar nuevos equipos, procedimientos o medicamentos.

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.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 87 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

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

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

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

-
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
 - **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.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 89 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.

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).

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.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. 91

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.

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.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.



Estamos aquí para usted

Recuerde, siempre estamos listos para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota Families and Children

Servicios para Miembros:
1-888-269-5410, TTY **711**
de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes

12700 Whitewater Drive
Minnetonka, Minnesota 55343

myuhc.com/CommunityPlan

**United
Healthcare
Community Plan**

