



Bienvenido a la **comunidad.**

MississippiCAN

Mississippi Coordinated Access Network

- Bienvenido
- Manual para Miembros
- Otra información

Bienvenido.

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan.

Por favor, tómese unos minutos para revisar este Manual para Miembros.

Estamos a su servicio para contestar cualquier pregunta que tenga. Usted puede encontrar las respuestas a la mayoría de sus preguntas en nuestro sitio web

myuhc.com/CommunityPlan. O puede llamar a Servicios para Miembros

al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

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

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

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Usted tiene que presentar la queja por escrito dentro de los primeros 30 días a partir de la fecha cuando se enteró de ella. Si su queja no puede resolverse en un día, se le considerará como reclamación. Nosotros le enviaremos una notificación de recibido de su reclamación dentro de los primeros 5 días después de haberla recibido. Se le enviará la decisión en un plazo de 30 días.

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros **1-877-743-8731**, TTY **711**, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. CT de lunes a viernes (y de 7:30 a.m. a 8 p.m. CT los miércoles). También estamos disponibles de 8 a.m. a 5 p.m. CT el primer sábado y domingo de cada mes.

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

Internet:

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

Formas para las quejas se encuentran disponibles en:

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

Teléfono:

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

Correo:

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

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Tales como, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros **1-877-743-8731**, TTY **711**, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. CT de lunes a viernes (y de 7:30 a.m. a 8 p.m. CT los miércoles). También estamos disponibles de 8 a.m. a 5 p.m. CT el primer sábado y domingo de cada mes.

English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-743-8731, TTY 711.**

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-743-8731, TTY 711.**

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số **1-877-743-8731, TTY 711.**

Traditional Chinese

注意：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-877-743-8731**，或聽障專線 **TTY 711**。

French

ATTENTION : Si vous parlez français, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le **1-877-743-8731, TTY 711.**

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. اتصل على الرقم **1-877-743-8731**، الهاتف النصي **.711**

Choctaw

Pisa: Chahta anumpa ish anumpuli hokma, anumpa tohsholi yvt peh pilla ho chi apela hinla. I paya **1-877-743-8731, TTY 711.**

Tagalog

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyo ng pantulong sa wika, nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-743-8731, TTY 711.**

German

HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachendienste zur Verfügung. Wählen Sie: **1-877-743-8731, TTY 711.**

Korean

참고: 한국어를 하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-743-8731, TTY 711** 로 전화하십시오.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો તમારા માટે વિના મૂલ્યે ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો **1-877-743-8731, TTY 711.**

Japanese

ご注意:日本語をお話しになる場合は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。電話番号**1-877-743-8731**、または**TTY 711**。

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по тел **1-877-743-8731, TTY 711.**

Panjabi

ਸਾਵਧਾਨ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਟੀਮ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। **1-877-743-8731, TTY 711** ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Italian

ATTENZIONE: se parla italiano, Le vengono messi gratuitamente a disposizione servizi di assistenza linguistica. Chiami il numero **1-877-743-8731, TTY 711**.

Hindi

धुन दै: डदल आड हलनुदी डलषल डुलते हँ तु डलषल सलहलड तल सेवलं आडके ललल नलःशुलुक उडलडुध हँ। कलल करँ **1-877-743-8731, TTY 711**.

Para empezar.

Nosotros queremos que usted obtenga de inmediato el máximo provecho del programa de su seguro de salud. Empezce con estos tres fáciles pasos:

1

Llame a su proveedor de atención primaria y haga una cita. Las revisiones médicas son importantes para mantener una buena salud. El número de teléfono de su PCP debe estar anotado en la tarjeta de identificación como miembro que recibió recientemente por correo. Si usted no conoce el número de teléfono de su PCP o si le gustaría ayuda para hacer una cita para una revisión médica, llame a Servicios para Miembros a **1-877-743-8731**, TTY **711**. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

2

Complete su Evaluación de salud. Esta es una forma rápida y fácil de conocer de manera amplia su forma de vivir actual y su estado de salud. Esto nos ayuda a relacionar quien es usted con los beneficios y servicios disponibles. Acude a myuhc.com/CommunityPlan para completar la Evaluación de salud hoy mismo. Le llamaremos pronto para darle la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan. Durante esta llamada podemos explicar beneficios de su plan de salud. También podemos ayudarle a completar la Evaluación de salud a través del teléfono. Consulte la página 13.

3

Conozca su plan de salud. Empezce con la sección que describe los importantes puntos del Plan de Salud en la página 10 para tener una rápida vista general de su nuevo plan. Y asegúrese de tener este manual a la mano como una futura referencia.

Gracias por escoger a **UnitedHealthcare Community Plan** como su plan de salud.

Nos agrada mucho tenerlo como miembro. Usted se ha unido a millones de personas con un seguro médico con UnitedHealthcare Community Plan. Ha escogido el plan correcto para usted y su familia.

UnitedHealthcare Community Plan les da acceso a muchos proveedores de los cuidados de salud — doctores, enfermeras, hospitales y farmacias — para así tener acceso a todos los servicios para la salud que usted necesita. Nosotros cubrimos los cuidados preventivos, las revisiones médicas y los servicios de tratamientos. Nosotros estamos dedicados al mejoramiento de su salud y bienestar.

Recuerde, las respuestas a cualquier pregunta que tenga son sólo un clic de distancia en myuhc.com/CommunityPlan. O bien, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY 711.





10 Importantes puntos del plan de salud

- 10 Tarjeta de identificación como miembro
 - 11 Beneficios en un vistazo
 - 13 Su Evaluación de salud
 - 14 Ayuda a los miembros
 - 17 Empleando sus beneficios de farmacia
-



19 Para ir al doctor

- 19 Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)
 - 21 Revisiones anuales
 - 22 Evaluaciones de salud recomendadas
 - 23 Para hacer una cita con su PCP
 - 24 Preparación para la cita con su PCP
 - 25 Servicios NurseLine
 - 26 Si usted necesita cuidados de salud y la oficina de su proveedor está cerrada
 - 26 Referencias y especialistas
 - 27 Obtener una segunda opinión
 - 27 Autorizaciones previas
 - 28 Continuación de cuidados si su PCP abandona nuestra red
 - 28 Si usted necesita cuidados de salud cuando se encuentra fuera de la ciudad
 - 28 Salud del comportamiento
 - 29 Servicios de transporte
 - 29 Transición de cuidados de salud
-



30 Hospitales y emergencias

- 30 Cuidados de emergencia
- 31 Cuidados urgentes
- 31 Servicios de hospital
- 32 Cuidados dentales de emergencia
- 32 Servicios de estabilización posteriores
- 32 Atención médica fuera del horario regular
- 32 Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos
- 33 Servicios fuera del área
- 33 Autorización previa
- 34 Revisión de utilización
- 34 Proveedores de la red
- 35 Proveedores fuera de la red



36 Farmacia

- 36 Medicamentos de receta
- 36 Medicamentos de venta libre (OTC)
- 37 Medicamentos inyectables
- 37 Farmacia única (Pharmacy home)



38 Beneficios

- 38 Beneficios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan
- 45 Servicios preventivos de salud
- 52 Servicios regulares de Medicaid
- 52 Tecnología nueva
- 52 Manejo de enfermedades y administración de cuidados
- 53 Programas de bienestar
- 53 Mejoramiento de la calidad
- 54 Para las futuras madres y niños



57 Otros detalles del plan

- 57 Como encontrar a un proveedor dentro de la red
- 57 Directorio de Proveedores
- 58 Servicios de interpretación y asistencia con el lenguaje
- 59 Actualización de su información
- 60 Fraude y abuso
- 60 Si recibe una factura
- 61 Avances médicos
- 61 Su opinión cuenta
- 61 Directivas Avanzadas
- 62 Elegibilidad
- 62 Inscripción
- 62 Incentivos para miembros
- 63 Si usted quiere darse de baja de UnitedHealthcare Community Plan
- 64 Cancelación de su inscripción “con causa”
- 64 Otras razones para la desafiliación
- 65 Terminación de la cobertura
- 65 Otros seguros médicos (Coordinación de Beneficios – COB)
- 65 No discriminación
- 66 Derechos y responsabilidades de los miembros
- 68 Quejas, reclamaciones, apelaciones y audiencias imparciales del estado
- 74 Términos importantes
- 77 Formulario para una reclamación o apelación
- 79 Avisos de las prácticas de privacidad



Importantes puntos del plan de salud

Tarjeta de ID como miembro.

UnitedHealthcare[®] Community Plan
Health Plan (80840) 911-87726-04

Member ID: 999999930877 Group: MSCAN

Member: REISSUE ENGLISH Payer ID: 87726

PCP Name: DOUGLAS GETWELL

Effective Date: 12/10/2014

Copay: OFFICE/ER \$0/\$0

0501

UnitedHealthcare Community Plan
Administered by UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 08/07/18

This card does not guarantee coverage. To verify benefits or to find a provider, visit the website myuhc.com/communityplan or call. If you receive emergency services, notify Member Services within 48 hours of receiving such care.

For Member Service: 877-743-8731 TTY 711
NurseLine 24-7: 877-370-4009 TTY 711
Website: myuhc.com/communityplan
Health Plan: 795 Woodlands Parkway, Suite 301, Ridgeland, MS 39157
For Providers: UHCprovider.com 877-743-8734
Medical Claim Address: PO Box 5032, Kingston, NY, 12402-5032
For use of non-participating providers, prior authorization is required: 1-866-604-3267

Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334
For Pharmacists: 877-305-8952

El número de ID de su plan

El número de su ID como miembro

Número de teléfono de Servicios para Miembros

Nombre de su Proveedor de Atención Primaria

Información para su farmacéutico

Su tarjeta de identificación como miembro contiene mucha información importante. Le da acceso a los beneficios cubiertos. Usted debió haber recibido su tarjeta de identificación como miembro 10 días después de haberse inscrito al UnitedHealthcare Community Plan. Cada miembro de su familia tendrá su propia tarjeta. Revíselas para asegurarse que la información es correcta. Si hay cualquier error, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

- Lleve consigo su tarjeta de identificación a sus citas.
- Muéstrela cuando obtenga medicamentos de receta.
- Téngala a la mano cuando llame a Servicios para Miembros; esto nos ayudará a servirle mejor.
- No permita que alguien más use su(s) tarjeta(s). Eso es contra la ley.

Presente su tarjeta. Siempre presente su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare cuando obtenga cuidados de salud. Esto asegurará que obtenga todos los beneficios que están disponibles. También, prevendrá que haya errores en la facturación.

¿Perdió su tarjeta de identificación como miembro?

Si usted o algún miembro de su familia extravían la tarjeta, puede imprimir una nueva tarjeta en myuhc.com/CommunityPlan.

Importantes puntos del plan de salud

Beneficios en un vistazo.

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene disponible una variedad de beneficios y servicios para los cuidados para la salud. A continuación hay un breve resumen. Usted podrá encontrar la lista completa en la sección de Beneficios. En ocasiones los beneficios y servicios pueden cambiar. Si esto sucede, le enviaremos al miembro una notificación 14 días antes de la fecha del cambio.



Servicios de Atención Primaria.

Usted tiene cobertura para todas las visitas al Proveedor de Atención Primaria (PCP). Su PCP es el doctor principal con el que consultará para la mayoría de sus cuidados de salud. Esto incluye las revisiones de salud, tratamientos para los refriados y la gripe, sus preocupaciones por la salud y los exámenes médicos de la salud.



Una amplia red de proveedores.

Usted puede escoger cualquier PCP de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias — dándole muchas opciones para sus cuidados de salud. Encuentre la lista completa de nuestros proveedores en la red, acudiendo al sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan o llamando al **1-877-743-8731**, TTY 771.



NurseLine (Línea de enfermeras).

La Línea de enfermeras le provee acceso por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana con enfermeras registradas con mucha experiencia. Estas enfermeras le pueden dar información, ayuda y educación para cualquier pregunta o preocupación relacionada a cuestiones de salud. Llame al **1-877-370-4009**.



Servicios de especialistas.

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son doctores o enfermeras que están especialmente entrenados para dar tratamientos a ciertas condiciones médicas. Posiblemente usted necesite primero de una referencia de su PCP. Lea la página 26.



Medicamentos.

Su plan cubre medicamentos de receta sin copagos para los miembros de cualquier edad. También cubre: insulina, agujas hipodérmicas, medicamentos anticonceptivos, tabletas de aspirina recubiertas para la artritis, tabletas de hierro, y vitaminas masticables.

Importantes puntos del plan de salud



Servicios de hospital.

Usted se encuentre cubierto para sus estadías en hospital. También tiene cobertura para los servicios de paciente ambulatorio. Estos son los servicios que obtiene en un hospital sin quedar hospitalizado.



Trastornos de salud del comportamiento y por el uso de sustancias.

Obtenga ayuda con problemas personales que pueden afectarlo a usted o su familia. Estos incluyen el estrés, la depresión, la ansiedad o el uso de drogas o alcohol.



Los servicios de transporte están disponibles.

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, el Transporte médico no de emergencia (NEMT) está disponible para algunos cuidados médicos para miembros elegibles.



Servicios de laboratorio.

Los servicios que se cubren incluyen pruebas de laboratorio y rayos-X para asistir en conocer las causas de su enfermedad.



Visitas de bienestar para niños.

Su plan cubre todas las consultas de bienestar para niños y vacunaciones.



Cuidados de maternidad y del embarazo.

Usted tiene cobertura para tener visitas con el doctor antes y después que su bebé nazca. Esto incluye su estadía en el hospital. Si es necesario, también cubriremos las visitas que usted tenga en su hogar después del nacimiento del bebé.



Planeación familiar.

Usted está cubierto por servicios que le ayudarán a manejar la planeación de sus embarazos. Esto incluye medicamentos anticonceptivos y otros procedimientos.



Cuidados de la visión.

Sus beneficios para la visión incluyen exámenes de rutina y anteojos.

Su Evaluación de salud.

Una Evaluación de salud es una encuesta fácil y rápida en la cual se le hacen simples preguntas acerca de su estilo de vida y de su salud. Cuando usted responde el cuestionario y lo remite por correo a nosotros, nosotros podremos conocerle mejor. Esto nos ayudará a tratar de conectarle con los múltiples beneficios y servicios disponibles para usted.

Por favor, tome unos minutos y conteste las formas de Evaluación de Salud en myuhc.com/CommunityPlan. Haga clic sobre el icono de Evaluación de Salud en el lado derecho de la página después de que usted ingrese a la página o cuando se registre. O llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY 711 para completarla por teléfono.

Ayuda a los miembros.

Nosotros queremos que usted obtenga lo más posible de su plan de salud y que sea de la manera más simple. Como miembro, usted tiene muchos servicios disponibles, incluyendo servicios de transporte y de interpretación si los necesita. Y si usted tiene cualquier pregunta, hay muchos sitios en donde podrá obtener respuesta.



Un sitio en internet le ofrece acceso a los detalles acerca del plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Acuda a myuhc.com/CommunityPlan para inscribirse para tener acceso por internet a su cuenta. En este seguro sitio de internet se guarda, en un solo sitio, toda la información acerca de su salud. Además de los detalles del plan, el sitio incluye herramientas útiles que pueden ayudarle, como:

- Tomar su Evaluación de salud.
- Imprimir una nueva tarjeta de identificación.
- Buscar un doctor o hospital.
- Buscar una farmacia.
- Hacer una búsqueda de un medicamento en la Lista de Medicamentos Preferidos.
- Ver sus beneficios.
- Aprender como mantenerse saludable.
- Descargar un Manual para Miembros actualizado.



Los Servicios para Miembros se encuentran disponibles en los siguientes días y horarios:

Lunes 7:30 a.m. – 5:30 p.m.

Martes 7:30 a.m. – 5:30 p.m.

Miércoles 7:30 a.m. – 8:00 p.m.

Jueves 7:30 a.m. – 5:30 p.m.

Viernes 7:30 a.m. – 5:30 p.m.

Primer sábado de cada mes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Primer domingo de cada mes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



Los Servicios para Miembros pueden ayudarle cuando tenga preguntas o preocupaciones. Esto incluye:

- El entendimiento de cuáles son sus beneficios.
- Ayuda cuando necesita obtener un reemplazo a su tarjeta de identificación como miembro.
- Ayuda para encontrar a un doctor o a una clínica de Cuidados Urgentes.



Llame al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Miembros con discapacidad visual y auditiva.

Tenemos este manual en una forma fácil de leer para personas con problemas de visión. Llámenos al **1-877-743-8731** para obtener ayuda. Tenemos un número de teléfono especial para personas con problemas de audición. Los miembros que usan un dispositivo de telecomunicaciones para personas con problemas de audición (TDD) y lenguaje de señas americano pueden llamar al **711**. Estos servicios están disponibles sin costo alguno.



Programa para la Administración de Cuidados de Salud.

La administración de los cuidados de salud ayuda a los miembros a obtener los servicios y la atención que necesitan y está disponible para todos los miembros. Si usted padece de una condición crónica de salud, como asma o diabetes, usted podría beneficiarse de nuestro programa de Administración de los Cuidados de Salud. Nosotros podemos ayudarle de varias maneras, tales como hacer por usted las citas médicas y mantener a sus proveedores informados acerca de los cuidados de salud que usted recibe. También nosotros podemos ayudar con otros programas de salud, educación y servicios sociales; por ejemplo, WIC, Head Start, servicios de salud escolar y educación especial y programas para niños con necesidades especiales de atención médica de los departamentos de salud y servicios humanos. Además, podemos proporcionar información acerca de programas locales de atención gratuita y grupos de apoyo. Para obtener más información, llame al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Servicios de transporte se encuentran disponibles.

UnitedHealthcare Community Plan les ofrecerá asistencia a las personas que son elegibles para el transporte de ida y regreso de las citas médicas cuando no tengan ningún otro medio para llegar a ellas. Para programar transporte, llame a MTM al **1-877-743-8731**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes.

Importantes puntos del plan de salud



Hablamos su idioma.

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionar materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.



Emergencias.

En caso de una emergencia, llame **911**



Otros números de teléfono importantes.

24/7 NurseLine **1-877-370-4009, 711**
(disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana)

Centro de Toxicología **1-800-222-1222**

División de Medicaid **1-800-421-2408**

Línea de Crisis de Salud Mental **1-877-743-8731, TTY 711**

Transporte (MTM) **1-877-743-8731**

Usted puede empezar a usar sus beneficios de farmacia de inmediato.

Su plan cubre una amplia lista de medicamentos con y sin receta. Los medicamentos preferidos se encuentran anotados en la Lista de Medicamentos Preferidos. Su doctor usa esta lista para encontrar los medicamentos preferidos y para ver cuáles medicamentos requieren la autorización previa de su plan. Puede encontrar la Lista de medicamentos preferidos en línea en <http://www.uhccommunityplan.com/ms/medicaid/mississippican/find-a-drug.html>. Los medicamentos que no aparecen en esa lista pudieran no estar cubiertos. Estos medicamentos pueden requerir una autorización previa. Por favor llámenos al **1-877-743-8731**, TTY **711**, si usted necesita ayuda con sus medicamentos. Sus medicamentos pueden requerir una aprobación previa. La persona que los prescribe puede presentar una solicitud para que se aprueben. La decisión, si se aprueban o no, se dará en 24 horas.

1 ¿Están sus medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos?



Sí.

Si sus medicamentos están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos, usted no tiene ningún problema. Asegúrese de mostrar al farmacéutico su nueva tarjeta de identificación como miembro cada vez que sus medicamentos le sean surtidos.



No.

Si sus medicamentos no están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos, contacte su médico. Los doctores le ayudarán a cambiar de medicamentos a uno que se encuentre dentro de la Lista de Medicamentos Preferidos. Su doctor también puede ayudarle a que se haga una excepción en su caso si el doctor piensa que usted necesita un medicamento que no se encuentra en la lista.



¿No está seguro?

Acuda a internet para revisar la Lista de Medicamentos Preferidos en myuhc.com/CommunityPlan. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros. Nosotros estamos aquí para ayudarle.



2

¿Tiene usted una receta para un medicamento?

Cuando usted tenga una receta para un medicamento que le extendió un doctor o usted necesita surtir de nuevo un medicamento de receta, acuda a una farmacia que sea parte de nuestra red. Muestre al farmacéutico su tarjeta de identificación como miembro. Usted puede encontrar una lista de las farmacias de nuestra red en el Directorio de Proveedores en internet en myuhc.com/CommunityPlan, o también puede llamar a Servicios para Miembros.

3

¿Necesita surtir un suplemento temporal de emergencia de su receta nueva?

Si usted necesita un medicamento de inmediato mientras usted espera por una excepción, usted puede obtener un suplemento temporal de emergencia que cubra esa necesidad por 3 días. Para poder hacer esto, visite una de nuestras farmacias dentro de la red y muestre su tarjeta de identificación como miembro. Recuerde siempre hablar con su doctor acerca de sus opciones tratándose de medicamentos de receta.



Para ir al doctor

Su Proveedor de Atención Primaria (PCP).

Nosotros le llamamos al doctor principal con que usted consulta un Proveedor de Atención Primaria o PCP. Cuando usted consulta varias veces con el mismo PCP, es fácil que se desarrolle una relación con ese doctor. Cada miembro de la familia puede tener su propio PCP o ustedes pueden escoger que todos consulten con el mismo doctor. Usted visitará a su PCP para:

- Cuidados de rutina, incluyendo revisiones médicas.
- Coordinar sus cuidados de salud con un especialista.
- Tratamientos para la gripe o para un catarro.
- Otras condiciones de salud que le preocupen.

Usted tiene opciones.

Usted puede escoger entre los muchos tipos de proveedores dentro de nuestra red para que sea su PCP. Algunos de los PCP incluyen:

- Doctores de familia (llamados también doctores de medicina en general) — ellos dan tratamiento a niños y adultos.
- Ginecólogos (GYN) — dan tratamiento a mujeres.
- Doctores de medicina interna (también llamados Internistas) — dan tratamiento a los adultos.
- Enfermera Practicante (NP) — dan tratamiento a niños y adultos.
- Obstetras (OB) — dan tratamiento a mujeres embarazadas.
- Pediatras — dan tratamiento a niños.
- Asistentes de Doctor (PA) — dan tratamiento a niños y adultos.

¿Qué es un proveedor de la red?

Los proveedores de la red tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para darles los cuidados de salud a nuestros miembros. Usted no necesita llamarnos antes de consultar con uno de estos proveedores. Puede haber algunas ocasiones en donde usted tenga que obtener servicios por fuera de nuestra red. Llame a Servicios para Miembros para conocer si esos servicios están cubiertos. Es posible que usted tenga que pagar por ellos si no lo están.

Para ir al doctor

Para elegir su PCP.

Si usted ha consultado con un doctor antes de inscribirse como miembro en UnitedHealthcare, revise si su doctor es parte de nuestra red. Si está pensando en escoger un nuevo PCP, considere escoger un doctor que se encuentre cerca de su casa o de su trabajo. Esto le facilitará ir a sus citas.

Hay tres maneras que puede emplear para encontrar al PCP correcto para usted.

1. Consulte nuestro directorio impreso de Proveedores.
2. Use la herramienta de búsqueda "Find-A-Doctor" ("Busque un doctor") en myuhc.com/CommunityPlan.
3. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Nosotros podremos contestar a sus preguntas y ayudarle a encontrar a un PCP cerca de usted.

Una vez que ha escogido un PCP, llame a Servicios para Miembros e infórmenos. Nosotros aseguraremos que sus records están al día. Si usted no quiere escoger un PCP, UnitedHealthcare puede escoger alguno por usted, basándonos en su localización y en el idioma que usted hable.

Para cambiar su PCP.

Es importante que a usted le guste y que le tenga confianza a su PCP. Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento que lo desee. Llame a Servicios para Miembros y nosotros le ayudaremos a que haga el cambio.

Conozca más acerca de los doctores de la red.

Usted puede obtener información sobre doctores de la red, como nombre, dirección, números de teléfono, calificaciones profesionales, especialidad, escuela de medicina, programa de residencia, certificación de la junta e idiomas que hablan, en myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Miembros.

Revisiones anuales.

La importancia de su revisión anual.

Usted no tiene que estar enfermo para acudir a un doctor. En realidad, las revisiones anuales con su PCP le ayudarán a mantenerse sano. Además de revisar su salud en general, su PCP estará seguro de que usted obtenga las pruebas, revisiones y vacunas que necesita. Y si hay cualquier otro problema, usualmente es mucho más fácil darle tratamiento si se descubren de manera temprana.

A continuación se mencionan algunas importantes revisiones de salud. Que tan a menudo se le dan estas revisiones está basado en su edad y en los factores de riesgo que tenga. Consulte con su doctor para conocer cuál es lo correcto en su caso.

Para las mujeres.

- Prueba de Pap (Papanicolau) — ayuda a detectar el cáncer cervical.
- Examen de las mamas/mamografías — ayuda a detectar el cáncer de los pechos.

Para los hombres.

- Examen de los testículos — ayuda a detectar el cáncer testicular.
- Examen de la próstata — ayuda a detectar el cáncer de próstata.

Exámenes de bienestar para niños.

Las citas para revisar el bienestar del niño son hechas para que su PCP evalúe como su hijo va creciendo y desarrollándose. Así mismo, durante estas visitas le darán otras pruebas necesarias, como la evaluación del habla y la audición y se le aplicarán las vacunas. Estas visitas de rutina son también una buena oportunidad para que usted haga todas las preguntas que tenga acerca del comportamiento y de la salud en general de su hijo, incluyendo:

- Su alimentación.
- Sus hábitos de dormir.
- Su comportamiento.
- Su socialización.
- Sus actividades físicas.

Horario de los exámenes médicos.

Es importante hacer sus exámenes de bienestar para las siguientes edades:

de 3 a 5 días	a los 15 meses
al mes de nacido	a los 18 meses
a los 2 meses	a los 24 meses
a los 4 meses	a los 30 meses
a los 6 meses	a los 3 años
a los 9 meses	una vez al año después
a los 12 meses	de la edad de 3 años

Para ir al doctor

Las vacunas que el doctor comúnmente se da a su hijo y la forma en que éstas lo protegen son las siguientes:

- **Hepatitis A & Hepatitis B:** previenen a dos infecciones comunes del hígado.
- **Rotavirus:** protege contra un virus que produce diarrea severa.
- **Difteria:** previene en contra de infecciones peligrosas de la garganta.
- **Tétanos:** previene en contra de una peligrosa enfermedad de los nervios.
- **Tosferina:** protege en contra de esta enfermedad de las vías respiratorias.
- **HiB (Haemophilus influenza tipo B):** previene la meningitis por Haemofilus en la niñez.
- **Meningococical:** previene la meningitis bacteriana.
- **Polio:** previene que el virus de la poliomielitis cause parálisis.
- **MMR:** previene el sarampión, las paperas y la rubeola.
- **Varicela:** previene la varicela.
- **Influenza:** protege en contra del virus de la influenza.
- **Vacuna neumocócica:** previene en contra de las infecciones de los oídos, de la sangre, neumonía y meningitis bacteriana.
- **HPV (vacuna del virus del papiloma humano):** protege en contra de enfermedades transmitidas sexualmente que pueden producir el cáncer cervical en las mujeres y verrugas genitales en los hombres.

Evaluaciones de salud recomendadas.

Utilizamos pautas de atención preventiva de la U.S. Preventive Services Task Force. La cobertura y el reembolso pueden variar dependiendo de la ley estatal o federal. Puede variar dependiendo de su plan de cobertura. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en su tarjeta de identificación si usted tiene alguna pregunta.

Para hacer una cita con su PCP.

Llame a la oficina de su doctor directamente. El número debe aparecer en su tarjeta de identificación como miembro. Cuando usted llame para hacer una cita, asegúrese de informar a la oficina cuál es la razón por la cual usted necesita la cita. Esto asegurará que usted obtenga el tipo de cuidados de salud que necesita, cuando lo necesita. Este es el tiempo de espera para obtener una cita:

Cuánto se tomará para que pueda ver a su PCP:

Para emergencia	Inmediatamente o ser referido a una sala de emergencias.
Para urgencias (pero sin que sea una emergencia)	Dentro de un día o 24 horas.
De rutina	Dentro de 1 semana o 7 días.
De prevención, vistas para el bienestar del niño o visitas regulares	Dentro de un mes.

Cuánto tiempo debe tomar para conseguir una cita para la salud del comportamiento:

Rutina (no urgente)	Dentro de los veintiún (21) días calendarios.
Urgente	Dentro de las veinticuatro (24) horas.
Emergencia (sin riesgo para la vida) — Una situación médica en la cual es necesaria una evaluación inmediata o la aplicación de cuidados para la estabilización de la condición o situación en la cual no hay un riesgo inminente de daños o pérdida de vida para la persona o para otras a su alrededor.	Dentro de 6 horas.
Emergencia (riesgo para la vida) — Una condición médica o psiquiátrica en la cual hay necesidad de obtener una evaluación inmediata o la aplicación de cuidados debido a un riesgo inminente o de la pérdida de vida de la persona o de otras a su alrededor.	El acceso inmediato a los servicios de emergencia.
Hospital psiquiátrico para pacientes internados	Dentro de los siete (7) días después de haber sido dado de alta de un hospital para casos agudos de psiquiatría, cuando el contratista tiene conocimiento de que el miembro ha sido dado de alta.

Preparación para su cita con su PCP.

Antes de la cita.

- 1** Acuda a la cita conociendo que es lo que quiere en esa visita (obtener tratamiento para los síntomas, una referencia a un especialista, información específica, etc.).
- 2** Haga una nota de cualquier nuevo síntoma y de cuándo empezó.
- 3** Haga una lista de los medicamentos o vitaminas que toma regularmente.

Durante las visita.

Cuando usted vea al doctor, no tenga timidez en:

- Preguntarle lo que sea.
- Tomar notas, si esto le ayuda a recordar lo que se diga.
- Pedirle al doctor que hable más despacio o que le explique cualquier cosa que usted no entienda.
- Pedirle más información acerca de medicamentos, tratamientos o acerca de su condición.



Servicios NurseLine – su fuente de información para la salud las 24 horas.

Cuando usted está lesionado o enfermo, puede ser difícil tomar decisiones acerca de los cuidados de su salud. Usted puede no saber si debe acudir a una sala de emergencias, ir a un centro de cuidados urgentes, hacer una cita con su proveedor o auto-administrarse algunos cuidados de salud. Una enfermera experimentada de NurseLine puede ofrecerle información que le ayudará a decidir qué es lo que debe hacer.

Las enfermeras pueden darle información y proporcionarle ayuda para muchas situaciones y preocupaciones relacionadas a su salud, incluyendo:

- Heridas leves.
- Enfermedades comunes.
- Consejos para auto-cuidados y opciones de tratamiento.
- Diagnósticos recientes y condiciones crónicas.
- Ayuda para escoger los cuidados médicos apropiados.
- Prevención de las enfermedades.
- Nutrición y buen estado físico.
- Preguntas que debe hacer a su proveedor.
- Como tomar sus medicamentos sin riesgos.
- Salud de hombres, mujeres y niños.

Usted puede tener curiosidad acerca de algún asunto relacionado a la salud y quiere conocer más. Enfermeras experimentadas pueden darle la información que usted necesita, ayudarle y educarle acerca de cualquier pregunta o preocupación que tenga acerca de la salud.

Simplemente llame, sin costo para usted, al número al **1-877-370-4009** o TTY **711** para personas con problemas de audición. Usted puede llamar sin costo para usted al número de NurseLine a cualquier hora las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Además, no hay límite para el número de llamadas que usted haga.

Si usted necesita de cuidados de salud y la oficina de su proveedor está cerrada.

Llame su PCP si necesita cuidados de salud que no son por una emergencia. El teléfono de su proveedor recibe llamadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su proveedor o alguna otra persona en la oficina le ayudarán a que usted tome la decisión correcta para obtener los cuidados de salud que necesita.

A usted se le puede indicar que acuda a:

- Una clínica abierta después de las horas de trabajo o a un centro de cuidados urgentes.
- La oficina de su proveedor por la mañana del día siguiente.
- Una sala de emergencias (ER).
- Su farmacia para obtener medicamentos.

Las referencias y los especialistas.

Una referencia es cuando su PCP le indica que usted necesita ir a otro médico que se especializa en la atención de ciertas partes del cuerpo o ciertas condiciones. Este otro médico se denomina especialista. Debe visitar a su PCP antes de ver a un especialista. Si su médico quiere que visite a un especialista que usted no desea ver, puede pedirle a su PCP que le dé el nombre de otro especialista. Los ejemplos de especialistas incluyen:

- Cardiólogo — problemas de corazón.
- Neumólogo — problemas de pulmones o de la respiración.

Usted no necesita una referencia de su PCP para:

- Los servicios de emergencia.
- OB/GYN.
- Optometría.
- Podología.
- Dermatólogo.
- Comportamiento.
- Profesionales de la salud/abuso de sustancias.
- Quiroprácticos.

Obtener una segunda opinión.

Usted puede obtener una segunda opinión de un proveedor dentro de nuestra red para cualquiera de sus beneficios con cobertura. No se requiere que usted tenga una segunda opinión. Si no puede encontrar a un proveedor dentro de nuestra red, usted puede encontrar una segunda opinión de parte de un proveedor que no sea parte de nuestra red obteniendo una autorización previa. No hay ningún cargo para usted. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda.

Autorizaciones previas.

En algunos casos su proveedor tiene que obtener permiso del plan de salud antes de proporcionarle un servicio. Esto se denomina autorización previa. Esto es la responsabilidad de su proveedor. Si no obtienen una autorización previa de nosotros, usted no podrá recibir esos servicios.

Usted no necesita autorización previa para los servicios avanzados de imágenes que tienen lugar en una sala de emergencia, unidad de observación, sala de atención de urgencia o durante una hospitalización. Usted no necesita una autorización previa para las emergencias. Usted también no necesita autorización previa para ver un proveedor de cuidados de salud para la mujer para los servicios de salud de la mujer o si está embarazada.

UnitedHealthcare es quien aprobará rutinariamente esas decisiones de aprobación previa. Las notificaciones se darán dentro de tres (3) días calendarios, o dentro de dos días hábiles de trabajo. Nosotros podremos decidir en decisiones de autorización previa relacionadas a una emergencia. Estas notificaciones se darán dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de que se han solicitado.

Puede ser necesaria una autorización previa.

Algunos de los servicios que necesitan autorización previa incluyen:

- Los ingresos hospitalarios.
- Servicios de atención médica en el hogar.
- Ciertos procedimientos de imagen para pacientes externos, incluyendo resonancias magnéticas, los ARM, TC y PET scans.
- Los estudios del sueño.

Continuación de los cuidados de salud si su PCP abandona nuestra red.

A veces un PCP se retira de nuestra red. Si esto sucede con su PCP, usted recibirá una carta de nosotros informándole acerca de ello. En algunas ocasiones, UnitedHealthcare Community Plan pagará por servicios que estén cubiertos que sean brindados por los doctores por un corto período después de que ellos han abandonado a nuestra red. Usted podría aún continuar obteniendo cuidados de salud y tratamientos cuando su doctor deja nuestra red si usted continúa bajo tratamiento por un serio problema médico. Por ejemplo, usted podría calificar si está recibiendo quimioterapia para el cáncer al tiempo en que su doctor decide dejar nuestra red. Para conocer más acerca de esto, por favor llame a su doctor. Pida que soliciten una autorización para continuar con el cuidado y tratamientos que usted recibe de UnitedHealthcare.

Si usted necesita de cuidados de salud cuando se encuentra fuera de la ciudad.

UnitedHealthcare Community Plan cubrirá el costo de los servicios para los cuidados rutinarios de salud fuera del área de servicio solamente si:

- Usted llama primero su PCP y este PCP dice que es importante que se obtengan cuidados de salud antes de que regrese a su ciudad.
-

Salud del comportamiento.

Los servicios de salud mental se proveen a los miembros que tienen problemas emocionales o sufren de enfermedades mentales. Usted puede obtener ayuda llamando a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Sus servicios cubiertos incluyen:

- Servicios ambulatorios cuando son provistos por un doctor, un psiquiatra licenciado, un psicólogo licenciado, un trabajador social clínico licenciado, un consejero licenciado, una enfermera practicante en psiquiatría avanzada, una enfermera psiquiátrica para el hogar o un programa de salud mental certificado por el estado.
- Intervenciones y acceso en crisis, incluyendo una línea de emergencia las 24 horas del día con personal profesionalmente calificado en salud mental. Los consejeros proveen servicios de asistencia, evaluación y referencia, incluyendo alternativas de colocación fuera del hogar y de equipos móviles de crisis para intervenciones en el lugar de los hechos.

- Servicios alternos razonables y de bajo costo relacionados a su plan de tratamiento. La atención médica psiquiátrica para pacientes hospitalizados está disponible para niños, adolescentes y adultos. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

Si usted recibía cuidados de un doctor que no sea parte de nuestra red antes de inscribirse dentro de UnitedHealthcare Community Plan, su doctor puede llamarnos para obtener ayuda para unirse a nuestra red de trabajo. Su doctor también puede referirlo a un doctor que sea parte de nuestra red. Nosotros autorizaremos proveedores que estén fuera de nuestra red cuando sea necesario continuar con cuidados de salud mental hasta que puedan encontrarse un proveedor dentro de nuestra red que pueda otorgar los cuidados.

Servicios de transporte.

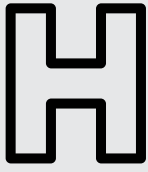
UnitedHealthcare Community Plan les ofrecerá asistencia a las personas que son elegibles para el transporte que no sea de emergencia de ida y regreso de las citas médicas cuando no tengan ningún otro medio para llegar a ellas. Las solicitudes de los miembros para servicios de transporte que no sean de emergencia (NET) deben realizarse al menos tres (3) días hábiles antes de que se necesite el servicio NET.

Para programar transporte, llame a MTM al **1-877-743-8731** de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes.

Transición de cuidados de salud.

Si usted se ha unido a nuestro plan recientemente, sus servicios médicos pueden seguir hasta por 90 días con el mismo doctor. Si encontramos a un doctor para usted, puede ser por menos de 90 días. Los servicios pueden continuar hasta por 30 días sin necesidad de una aprobación previa. Después de 30 días, su doctor debe seguir el proceso para obtener una aprobación previa.

Si usted tiene más de cuatro meses de embarazo, puede continuar consultando con el mismo doctor hasta que su bebé nazca.



Hospitales y emergencias

Cuidados de emergencia.

Las salas de un hospital de emergencias están para poderle ofrecer tratamientos de emergencia por trauma, serias lesiones y síntomas que pongan en peligro la vida.

Ejemplos de emergencias:

- Dolor agudo.
- Convulsiones.
- Pérdida del conocimiento.
- Sangrado severo o poco usual.
- Un accidente de carácter serio.
- Sospecha de tener un ataque cardíaco o un derrame cerebral.
- Servicios de salud mental o por trastornos del uso de sustancias — Una situación que requiera de una cita inmediata por existir un riesgo inminente de tener daños físicos o hasta la muerte de uno mismo o para otras personas debido a condiciones médicas o psiquiátricas.

No se demore.

Si usted tiene una emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano.

Ejemplos de cuáles NO SON generalmente emergencias:

- Gripe o resfriados.
- Dolores de cabeza.
- Dolores de garganta.
- Moretones o cortadas menores.
- Irritaciones en la piel.

UnitedHealthcare Community Plan cubre cualquiera de los cuidados de emergencia que usted necesite dentro de los Estados Unidos y de sus territorios. Dentro de las primeras 24 horas después de la visita a una sala de emergencia, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Usted debe llamar también a su PCP para informarle acerca de su visita para que pueda recibir los cuidados de seguimiento si los necesita.

Cuidados urgentes.

Las clínicas de cuidados urgentes están ahí para las situaciones en donde usted tiene que ver a un doctor para cualquier condición que no es de vida o muerte, pero su PCP no se encuentra disponible o es fuera de las horas de oficina de su clínica. Las condiciones de salud que son las indicadas para tratar de obtener cuidados urgentes son:

- Un dolor de garganta.
- Una infección en el oído.
- Cortaduras o quemaduras menores.
- Gripe.
- Fiebre menor.
- Torceduras.

Si usted o su hijo tienen un problema que es urgente, llame a su PCP primero. Su doctor puede ayudarle a obtener los cuidados correctos. Su doctor también podrá indicarle si necesita acudir a una sala de cuidados urgentes o una sala de emergencias.

Para planear con anticipación.

Es bueno si usted sabe en donde se localiza la clínica de cuidados urgentes más cercana. Usted puede encontrar una lista de clínicas de cuidados urgentes en su Directorio de Proveedores. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Servicios de hospital.

En ocasiones puede ser necesario para su salud que se requiera que acuda a un hospital. En un hospital hay servicios para pacientes ambulatorios y para pacientes que sean hospitalizados.

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen rayos-X, pruebas de laboratorio y cirugías menores. Su PCP le indicará si necesita servicios ambulatorios. La oficina del doctor puede ayudarle a hacer una cita.

Los servicios de hospitalización requieren que usted permanezca en el hospital durante la noche. Es posible que se requiera que usted pase una noche hospitalizado debido a una enfermedad, cirugía o por tener un bebé. En ese caso, el hospital llamará a UnitedHealthcare Community Plan y solicitará la autorización para brindarle los cuidados de salud. Si el doctor que lo admitió en el hospital no es su Proveedor de Atención Primaria (PCP), usted debe llamar a su PCP tan pronto como sea posible para informarle que usted está siendo admitido en el hospital.

Para ir al hospital.

Usted debe acudir a un hospital solamente si requiere tratamiento de emergencia o si así se lo indicó su doctor.

Aprobación previa.

Los doctores pueden necesitar la aprobación de UnitedHealthcare Community Plan antes de darle ciertos cuidados. A esto se le llama autorización previa. Necesitarán de aprobación previa para los servicios de paciente hospitalizado.

Cuidados dentales de emergencia.

El plan cubre servicios de emergencias dentales para el control del dolor, sangrado o infecciones.

Servicios de estabilización posteriores.

Los servicios de estabilización posteriores están cubiertos sin necesidad de previa autorización. Estos servicios se relacionan a una condición médica de emergencia que se ha provisto después de que usted está estabilizado para que mantenga, mejore o resuelva su condición.

Atención médica fuera del horario regular.

Es posible que algunas veces necesite su PCP cuando el consultorio esté cerrado. Si necesita atención de urgencia, llame al consultorio de su PCP. Le darán instrucciones sobre cómo ponerse en contacto con el médico. Además, puede comunicarse con nuestra NurseLine las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-877-370-4009. En casos de emergencia, acuda directamente a la sala de emergencias más cercana.

Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos.

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos y necesita atención médica, ningún servicio de cuidados de salud será cubierto por UnitedHealthcare Community Plan. Medicaid no puede pagar ningún servicio médico que se recibe fuera de los Estados Unidos.

Servicios fuera del área.

UnitedHealthcare Community Plan cubrirá servicios fuera del área si el proveedor es un proveedor de MS Medicaid. Si el proveedor no es un proveedor de MS Medicaid, usted posiblemente será responsable por el costo de estos servicios.

No es necesario obtener previa autorización para las visitas a una sala de emergencia fuera del área.

Las visitas en situaciones que no son de emergencia necesitan de autorización previa. Si usted se encuentra fuera del área y necesita servicios que no son de emergencia, llame a su doctor.

Autorización previa.

Es posible que los médicos necesiten nuestra aprobación antes de brindarle determinada atención. Esto se conoce como autorización previa. Si los servicios necesitan autorización previa y su médico no la obtiene, es posible que UnitedHealthcare Community Plan no pague estos servicios. Su médico llamar a Servicios para Proveedores al 1-877-743-8734 para obtener autorizaciones previas.

Aquí se encuentran algunos tipos de atención que necesitan una autorización previa:

- Traslados hospitalarios a pacientes hospitalizados.
- Servicios que no sean de emergencia de un proveedor fuera de la red.
- Algunos tratamientos dentales.
- Algunos medicamentos de receta.

Usted no necesita una autorización previa para:

- Atenciones de emergencia y de urgencia.
- Admisiones hospitalarias para partos normales.
- Algunos tratamientos dentales.

Revisión de utilización.

UnitedHealthcare Community Plan sigue ciertos pasos para decidir si aprobaremos la atención médica. Nuestro objetivo es asegurarnos de que la atención sea médicamente necesaria, sea un beneficio cubierto y se lleve a cabo en el entorno y en el momento adecuado. También nos aseguramos de que usted reciba una atención de calidad. Ningún empleado, proveedor o persona a cargo de toma de decisiones de utilización de UnitedHealthcare es premiado, sancionado ni recibe incentivo financiero por no brindarle la atención o los servicios que necesite, o por afirmar que no debe recibirlos.

Puede solicitar una copia de los criterios que utilizamos. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**. El personal, los intérpretes y los servicios TTD/TTY **711** están disponibles para ayudar a los miembros que tienen preguntas acerca de la revisión de utilización.

Proveedores de la red.

Los proveedores de la red tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan. Ellos incluyen hospitales, farmacias, dentistas, optometristas, quiroprácticos y enfermeros especializados. Tenemos un vínculo con estos proveedores. Confiamos en ellos para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros.

Nuestros miembros pueden visitar a estos proveedores simplemente llamando al proveedor para concertar una cita. No necesita llamarnos antes. Si desea información sobre un médico participante, como dónde estudió, su residencia, o si acepta o no nuevos pacientes, puede llamar a Servicios para Miembros.

A veces un proveedor que ha participado anteriormente en nuestra red puede cambiar de estado y ya no estará disponible como un proveedor participante. Si un cambio tiene como resultado que un proveedor ya no participa en nuestra red, les notificaremos a los miembros afectados dentro de 14 días de recibir la noticia.

Proveedores fuera de la red.

Un proveedor que no se encuentre en nuestra red se considera un proveedor fuera de la red. Por lo general, nosotros no pagaremos la atención que reciba fuera de la red. Si usted acude a un proveedor que esté fuera de nuestra red de trabajo, es posible que usted tenga que cubrir el costo de esos servicios.

Si su PCP quiere que usted consulte con otro doctor que no se encuentre dentro de nuestra red, su PCP tendrá que llamarnos para obtener aprobación. Pídale a su médico que llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación (ID). Si se aprueban, estos servicios serán pagados como si el proveedor fuera un proveedor de la red sin costo alguno para usted.

Nuestra red tiene doctores y hospitales que proveen la mayoría de los servicios solicitados. Si esos servicios se encuentran disponibles en nuestra red, usted debe acudir a uno de nuestros proveedores. Si necesita ayuda para encontrar a un proveedor, llame a Servicios para Miembros.

Si la petición de su PCP para obtener servicios por fuera de nuestra red es negada, usted puede presentar una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan dentro de los 60 días de la negación o presentar una petición para tener una Audiencia Imparcial del Estado con Mississippi División de Medicaid dentro de 120 días calendarios de la fecha de la determinación adversa de beneficio de UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener más información, vea la sección de Quejas, reclamaciones, apelaciones y Audiencias Imparciales del Estado en este manual.



Farmacia

Medicamentos de receta.

Sus beneficios incluyen medicamentos de receta.

UnitedHealthcare Community Plan cubre cientos de medicamentos de receta que pueden surtir en cientos de farmacias. La lista completa de los medicamentos preferidos está incluida en la Lista de Medicamentos Preferidos. Usted puede surtir sus medicamentos de receta en cualquier farmacia que esté dentro de nuestra red. Todo lo que necesita hacer es mostrar su tarjeta de identificación como miembro.

¿Qué es la Lista de Medicamentos Preferidos?

Esta es una lista de los medicamentos que están cubiertos bajo su plan. Usted puede encontrar la lista completa en su formulario o en internet en <http://www.uhcommunityplan.com/ms/medicaid/mississippican/find-a-drug.html>

Medicamentos de venta libre (OTC).

UnitedHealthcare Community Plan también cubre muchos de los medicamentos de venta libre (over-the-counter u OTC). Un proveedor de nuestra red debe escribir una receta por un medicamento de venta libre. La cantidad suministrada se limita a 30 días. Usted tiene que llevar esa receta y su tarjeta de identificación como miembro a cualquiera de las farmacias de nuestra red para que le surtan el medicamento. OTC pueden incluir:

- Medicamentos contra el dolor.
- Medicamentos para la tos.
- Cremas de primeros auxilios.
- Medicamentos para el catarro.
- Anticonceptivos.

Para obtener una lista completa de los medicamentos de venta libre cubiertos, vaya a <http://www.uhcommunityplan.com/ms/medicaid/mississippican/find-a-drug.html>. O llame a Servicios para Miembros al 1-877-743-8731, TTY 711.

Medicamentos inyectables.

Los medicamentos inyectables son medicamentos que se aplican por inyección y son beneficios cubiertos. Su médico puede solicitar que le envíen el medicamento inyectable al consultorio médico o al hogar de usted. En algunas circunstancias, su médico le hará una receta para medicamentos inyectables (como insulina) que puede recibir en una farmacia.

Farmacia única (Pharmacy home).

Algunos miembros de UnitedHealthcare Community Plan son asignados a una Farmacia Única. En este caso, los miembros deben obtener sus medicamentos de receta hasta por un tiempo de dos años en una farmacia designada para ello. Esto se basa en el uso previo de ciertos medicamentos, incluyendo el caso de uso excesivo de los beneficios de farmacia, de narcóticos, de localidad de la farmacia y de otra información.

A los miembros de este programa se les enviará una carta con el nombre de la farmacia que deben emplear. Si usted recibe esta carta, tiene 30 días a partir de la fecha en la carta para solicitar un cambio de farmacia. Para cambiar de farmacia durante este tiempo, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY 711.

Después de 30 días a partir de la fecha en la carta, usted necesitará solicitar el cambio de farmacia por escrito. Mande su solicitud a:

UnitedHealthcare Community Plan
795 Woodland Parkway, Suite 301
Ridgeland, MS 39157



Beneficios

Sus beneficios de MississippiCAN.

Los siguientes son servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan para los miembros de MississippiCAN.

No hay copagos, deducibles o costos compartidos para cualquier servicio cubierto por UnitedHealthcare Community Plan.

Beneficio	Limitación	Autorización previa
Servicios ambulatorios de un centro de cirugía		No.
Servicios de ambulancia	Se requiere autorización previa para Ambulancia Aérea Urgente (ala fija) sólo.	*No se requiere autorización previa para servicios de emergencia. *Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia, ala fija o de otra manera.
Servicios quiroprácticos	Máximo de \$700 por año calendario.	No.
Servicios en una Sanatorio de Christian Science		No.

Beneficios

Beneficio	Limitación	Autorización previa
Cirugía estética y reconstructiva – ambulatorio		Sí.
Servicios dentales Niños <ul style="list-style-type: none"> • Alivio para el dolor de emergencia. • Preventivo. • Diagnóstico. • Restaurador. • Ortodoncia. Adultos <ul style="list-style-type: none"> • El alivio del dolor de emergencia. • Diagnóstica. 	Dental \$ 2,500 máximo por año calendario – los adultos y los niños; beneficios adicionales si previamente autorizado. Ortodoncia \$4,200 máximo por toda la vida por niño. * La ortodoncia no está cubierta para los adultos.	Sí, ciertos procedimientos dentales, tales como coronas, endodoncias, prótesis y ortodoncia requieren autorización previa. * La ortodoncia no está cubierta para los adultos
Servicios del centro de diálisis para pacientes ambulatorios		No.
Equipo médico duradero	Se aplican todas las restricciones de la política de Medicaid.	Se requiere de autorización previa para artículos más de \$500.
Visitas a la sala de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Visitas ambulatorios a la ER. 	Sin límites.	No.
EPSDT	Limitado a los beneficiarios menores de 21 años de edad.	No.

Beneficios

Beneficio	Limitación	Autorización previa
Servicios aumentados de EPSDT	Se requiere autorización previa para los servicios no cubiertos, o cualquier servicio que excede los límites de servicio. Limitado a los beneficiarios menores de 21 años de edad.	No.
Cuidado de los ojos (exámenes de la vista y lentes)	2 exámenes de la vista por año/2 pares de anteojos por año para los niños (se requiere autorización previa después del primer par). 1 examen de la vista por año/ 1 par de anteojos cada 3 años para los adultos.	Sí, para niños después del primer par por año calendario.
Servicios de planeación familiar		No.
Servicios del Centro de Salud Federalmente Calificados		No.
Pruebas genéticas		Sí.
Servicios del Departamento de Salud		No.
Servicios de audición	Audífonos e implantes limitados a los beneficiarios menores de 21 años de edad (EPSDT).	Se requiere autorización previa para cualquier servicio más allá de los servicios cubiertos por EPSDT.
Servicios de salud en el hogar	Adultos – 36 visitas por año calendario. Niños – no hay límite.	Sí. Sí.

Beneficio	Limitación	Autorización previa
Infusión en el hogar		No. Los inyectables pueden requerir una autorización previa en función de la lista de medicamentos preferidos.
Hospicio • Hospitalización. • Pacientes ambulatorios.		No.
Cuidados de hospital • Servicios para pacientes hospitalizados.		Sí.
Imágenes: estudios nucleares, tomografía computarizada (TC y SPECT), los estudios de resonancia magnética (MRI, MRA), y PET		Sí.
Servicios de laboratorio y rayos-x		No.
Suministros médicos	Cubierto.	No.
Servicios de Salud Mental		
1. Servicios para pacientes externos.	1. Cubiertos.	1. No.
2. Intervención en crisis.	2. Cubierta.	2. No.
3. Hospitalización para atención psiquiátrica	3. Disponible para niños, adolescentes y adultos.	3. Sí.
Consulte la página 28 para más información.	Llame a Servicios para Miembros 1-877-743-8731 para mayor información.	

Beneficios

Beneficio	Limitación	Autorización previa
Circuncisión del recién nacido	No está cubierta.	
Servicios de proveedor no contratado (centro ambulatorio y profesional)		Sí.
Transporte que no sea de emergencia	Cubierto.	Para arreglarse, llame a MTM al 1-877-743-8731 , de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes.
Servicios de un enfermero practicante		No.
Prótesis y dispositivos ortopédicos	Limitado a los beneficiarios menores de 21 años de edad.	Sí, más de \$500.
Servicios de terapia ambulatorios PT/OT/ST		Sí.
Servicios de manejo de perinatales de alto riesgo		No.
Servicios de un Asistente del Médico		No.
Servicios médicos – Oficina (PCP y especialistas)	Sin límite.	No.
• Oficina.		
Servicios médicos – ER		No.
• Visitas a la ER.		
Servicios de podólogo		No.

Beneficio	Limitación	Autorización previa
Servicio privado de enfermería (PDN)	Limitado a los beneficiarios menores de 21 años de edad.	Sí.
Cuidados de Salud Pediátricos Extendidos Prescritos (PPEC)	Los PPEC son solamente cubiertos para aquellos miembros que son de 20 años o más jóvenes. Los PPEC son servicios para para niños que dependen de tratamientos médicos o el uso de aparatos. Para que un miembro obtenga servicios básicos que no sean residenciales en un centro PPEC, el miembro debe tener una enfermedad o una discapacidad para la cual necesite recibir cuidados de salud constantes.	Sí.
Medicamentos de receta	6 por mes, con no más de 2 de los 6 que son los medicamentos de marca que no son preferidos; los beneficiarios menores de 21 años pueden recibir más que los límites mensuales con una autorización previa de necesidad médica.	Sí — para los beneficiarios menores de 21 años que requieran más de 6 recetas al mes. Algunos medicamentos en nuestra PDL necesitan autorización previa. Si no se obtiene la autorización previa, usted no recibirá el medicamento.
Cuidados psiquiátricos • Pacientes hospitalizados.	Disponibles para niños, adolescentes y adultos.	Sí.
Servicios de Clínicas de Salud Rurales		No.
Estudios del sueño		Sí.

Beneficios

Beneficio	Limitación	Autorización previa
Servicios de trasplante	<p>Órganos humanos sólidos (corazón, pulmón, hígado, riñón y córnea) o médula ósea y trasplantes de células madres, están cubiertos con autorización previa. Si ambos, la persona receptora y la persona donadora de los órganos, son miembros, se proveerán beneficios regulares al miembro donador.</p> <p>Se cubrirán también los cargos relativos a los trasplantes de órganos.</p> <p>Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">• La búsqueda de tejidos correspondientes, médula ósea y tejidos.• El transporte y estadía en el hospital del donador.• La remoción, retiro y preservación del tejido, médula ósea y órganos.	Sí.

Servicios preventivos de salud.

Las visitas regulares al médico son importantes. Las siguientes son pautas de salud preventiva para hombres, mujeres y niños. Hable con su PCP acerca de cualquiera de los servicios que se puedan necesitar. Es posible que tenga otros servicios si usted está en riesgo de problemas de salud.

Atención Médica Preventiva para Hombres*					
Servicios	Edades:	18 a 30 años de edad	31 a 50 años de edad	51 a 64 años de edad	65 o más años de edad
Examen anual					
Debe incluir:		Cada año	Cada año	Cada año	Cada año
La historia clínica; Altura y peso; Habla de lo bien que come; Control de la salud del comportamiento; Pruebas de audición; Controles de presión arterial; La detección de alcohol o abuso de sustancias; Las referencias a los servicios especiales que puedan necesitar para cualquier problema de salud.					
Inmunizaciones					
Las vacunas son importantes. Pregúntele a su médico qué vacunas se necesitan.		Pregunte a su médico en cada visita acerca de sus vacunas	Pregunte a su médico en cada visita acerca de sus vacunas	Pregunte a su médico en cada visita acerca de sus vacunas	Pregunte a su médico en cada visita acerca de sus vacunas

* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con su médico acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si usted está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es del U.S. Preventive Services Task Force.

Beneficios

Atención Médica Preventiva para Hombres* (continuación)

Servicios	Edades:	18 a 30 años de edad	31 a 50 años de edad	51 a 64 años de edad	65 o más años de edad
Detección del cáncer					
El cáncer colorrectal:					
1. Prueba de sangre oculta en heces			1. Cada año empezando a 50 años	1. Cada año	1. Cada año
2. La sigmoidoscopia o colonoscopia			2. Cada 5 años empezando a 50 años	2. Cada 5 años	2. Cada 5 años
Cáncer de próstata			Si usted tiene 50 años o más, hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de próstata	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de próstata	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de próstata
El cáncer de testículo	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de testículo	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de testículo	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de testículo	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de testículo	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de testículo
Prueba de detección					
Prueba de tuberculosis;	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar
Evaluación de la diabetes;					
La detección de enfermedades de transmisión sexual;					
Pruebas de colesterol en suero					

* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con su médico acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si usted está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es del U.S. Preventive Services Task Force.

Atención Médica Preventiva para Mujeres*

Servicios	Edades:	18 a 30 años de edad	31 a 50 años de edad	51 a 64 años de edad	65 o más años de edad
-----------	---------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------

Examen anual

Debe incluir:	Cada año	Cada año	Cada año	Cada año
La historia clínica;				
Altura y peso;				
Habla de lo bien que come;				
Control de la salud del comportamiento;				
Pruebas de audición;				
Controles de presión arterial;				
La detección de alcohol o abuso de sustancias;				
Las referencias a los servicios especiales que puedan necesitar para cualquier problema de salud.				

Inmunizaciones

Las vacunas son importantes. Pregúntele a su médico qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele a su médico qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele a su médico qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele a su médico qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele a su médico qué vacunas se necesitan.
---	---	---	---	---

Detección del cáncer

Detección de cáncer de cuello uterino	Al menos una vez antes de los 21 años. Después cada 3 años	Cada 3 años	Cada 3 años	Cada 3 años
---------------------------------------	--	-------------	-------------	-------------

* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con su médico acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si usted está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es del U.S. Preventive Services Task Force.

Beneficios

Atención Médica Preventiva para Mujeres* (continuación)

Servicios	Edades:	18 a 30 años de edad	31 a 50 años de edad	51 a 64 años de edad	65 o más años de edad
Detección del cáncer (continuación)					
Detección de cáncer de los senos			Mamografía cada 1 a 2 años, a partir de los 40 años	Mamografía cada 1 a 2 años, a partir de los 40 años	Mamografía cada 1 a 2 años, a partir de los 40 años
El cáncer colorrectal:					
1. Prueba de sangre oculta en heces			1. Cada año empezando a 50 años	1. Cada año	1. Cada año
2. La sigmoidoscopia o colonoscopia			2. Cada 5 años empezando a 50 años	2. Cada 5 años	2. Cada 5 años
Otras pruebas de detección					
Detección de tuberculosis;		Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar
Detección de la rubéola;					
Evaluación de la diabetes;					
Pruebas de colesterol en suero					

* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con su médico acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si usted está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es del U.S. Preventive Services Task Force.

Atención Médica Preventiva para Mujeres* (continuación)

Servicios **Edades: Todas las mujeres en edad fértil**

Ginecología / Planificación Familiar

Prueba de Papanicolaou;	Consulte a su médico o partera cuando usted empiece una vida sexual activa o por la edad de 21 años. Después, consulte a su médico o partera cada año.
Examen pélvico;	
Examen clínico de los senos;	Consulte a cualquier médico autorizado, enfermera o partera para servicios de planificación familiar y suministros, incluso si no son parte de la red.
Detección de Chlamydia;	
Detección de la rubéola;	
Detección y asesoramiento para la prueba del VIH;	
Detección de enfermedades de transmisión sexual;	
Educación para la salud sexual;	
Información sobre los métodos anticonceptivos;	
Pruebas de embarazo	

Cuidados prenatales

Examen prenatal;	Consulte a su médico o partera tan pronto como crea que está embarazada. Después, siga el horario de visitas que su médico o partera le da.
La historia clínica;	
Historial de salud mental;	
La detección de alcohol o abuso de sustancias;	
Manejo de casos si es necesario	

Atención posparto

Visita de seguimiento;	Consulte a su médico o partera 6 semanas después de que nazca su bebé.
Manejo de casos si es necesario	

* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con su médico acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si usted está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es del U.S. Preventive Services Task Force.

Beneficios

Atención Médica Preventiva para Niños*

Servicios	Edades:	De nacimiento a 2 años	3 a 6 años de edad	7 a 12 años de edad	13 a 20 años de edad
-----------	---------	------------------------	--------------------	---------------------	----------------------

Chequeo de bebé a adolescente o Examen de bienestar para niños

Debe incluir:	Exámenes a los edades de:	Cada año	Cada año	Cada año
Examen del niño;	3 – 5 días,			
La historia clínica del niño;	1, 2, 4, 6, 9,			
Pesar y medir niño;	12, 15, 18, 24,			
Comenta lo bien que come su hijo;	y 30 meses			
Examen sistemático del desarrollo y del comportamiento;				
Exámenes de visión y de audición en la edad correcta;				
El médico hablará con usted acerca de lo que debe esperar de su hijo;				
Las referencias a los servicios especiales para su hijo				

Exámenes dentales

A partir de los 6 meses , su niño debe ser visto por el dentista cada 6 meses	Lleve a su hijo al dentista cada 6 meses	Lleve a su hijo al dentista cada 6 meses	Lleve a su hijo al dentista cada 6 meses
--	---	---	---

* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con el médico de su hijo acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es de la AAP – American Academy of Pediatrics.

Atención Médica Preventiva para Niños *(continuación)**

Servicios	Edades:	De nacimiento a 2 años	3 a 6 años de edad	7 a 12 años de edad	13 a 20 años de edad
Inmunizaciones					
Las vacunas son importantes. Pregúntele al médico de su hijo qué vacunas se necesitan.		Las vacunas son importantes. Pregúntele al médico de su hijo qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele al médico de su hijo qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele al médico de su hijo qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele al médico de su hijo qué vacunas se necesitan.
Pruebas de detección					
Anemia; Prueba para plomo. Otras pruebas de detección: TB; Colesterol; ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual).		Prueba de anemia a los 9 o 12 meses Prueba de plomo a los 12 y 24 meses	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar su hijo	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar su hijo	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar su hijo

* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con el médico de su hijo acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es de la AAP – American Academy of Pediatrics.

Servicios regulares de Medicaid.

Hay algunos servicios de Medicaid que NO están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan, pero posiblemente pueden obtenerse de Medicaid. Esto podría incluir asesoramiento o referencia de un servicio no cubierto debido a objeciones morales o religiosas. Llame a su oficina local de Medicaid para obtener información sobre estos servicios y cualquier costo compartido requerido. (Consulte la página de los números de teléfono importantes para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid).

Tecnología nueva.

Las solicitudes para cubrir los nuevos procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos son revisados por el Comité de Evaluación de Tecnologías de UnitedHealthcare Community Plan. Este grupo incluye a los médicos y otros expertos en los cuidados de la salud. El equipo utiliza las directrices nacionales y la evidencia científica de los estudios médicos para ayudar a decidir si UnitedHealthcare Community Plan debe aprobar dicho equipo, procedimientos o medicamentos.

Manejo de enfermedades y administración de cuidados.

Si usted padece de una condición crónica de salud como el asma o la diabetes, UnitedHealthcare Community Plan tiene un programa que le ayudará a vivir con esa condición a la vez que a mejorar su calidad de vida. Estos programas son voluntarios y disponibles sin costo alguno para usted. Los programas le ofrecen importante información acerca de su condición física, medicamentos, tratamientos y de lo importante que son las citas de seguimiento con su doctor.

Nuestras enfermeras registradas y trabajadores sociales trabajarán con usted, su familia, su médico, sus proveedores de atención médica y otros recursos de la comunidad para diseñar un plan de atención que satisfaga sus necesidades en el entorno más apropiado. También le ayudarán con relación a otras inquietudes, como pérdida de peso, cómo dejar de fumar, realizar citas con su médico y le recordarán los exámenes especiales que podría necesitar.

Usted o su proveedor pueden comunicarse con nosotros para saber si nuestros programas de manejo de enfermedades y de administración de la atención médica pueden ayudarlo. Si usted o su proveedor consideran que un Administrador de la atención médica puede ayudarlo, o desea más información sobre los Programas de manejo de enfermedades o de administración de la atención médica, llámenos al **1-877-743-8731**, TTY 711.

Programas de bienestar.

UnitedHealthcare Community Plan tiene muchas herramientas para ayudarle a que usted y su familia se mantengan sanos. Los programas incluyen:

- Información para ayudarle a dejar de fumar.
- Atención prenatal y Información para padres.
- Información de nutrición.
- Recordatorios de bienestar.

Su proveedor podrá sugerir uno de estos programas para usted. Si quiere recibir más información o encontrar un programa cerca de donde vive, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY 711.

Mejoramiento de la calidad.

UnitedHealthcare Community Plan quiere que usted reciba cuidados de salud de calidad. Nosotros estudiamos los cuidados que usted recibe de sus proveedores. Buscamos maneras en cómo podemos mejorar nuestros servicios y resolver cualquier problema.

Para obtener más información en nuestro programa de Mejoramiento de la Calidad, en como nosotros alcanzamos nuestras metas o en los principios que guían nuestra práctica, escriba a:

UnitedHealthcare Community Plan
Quality Improvement
795 Woodlands Parkway, Suite 301
Ridgeland, Mississippi 39157

Para dejar de fumar, también puede llamar al 1-800-227-2345 o visite quitnow.net.

Para las futuras madres y niños.

Healthy First Steps™.

UnitedHealthcare Community Plan tiene disponible para las futuras madres un programa llamado Healthy First Steps, sin costo alguno para usted. Este programa es para ayudarle a usted y a su bebé durante y después de su embarazo. Cuando usted se inscribe en el programa, obtendrá un administrador de sus cuidados de salud personales, quien trabajará con usted en una estrecha relación. Él o ella pueden:

- Ayudarle a encontrar a un doctor.
- Programar transporte a las citas.
- Ofrecerle útil información en cómo debe cuidar de su bebé.
- Darle apoyo después del nacimiento del bebé.

Entre más pronto usted se inscriba, más pronto su bebé se beneficiará. Para inscribirse, simplemente llame al **1-800-599-5985**, TTY **711**, de las 8:30 a.m. a las 5:30 p.m. de lunes a viernes.

WIC es un programa de educación nutricional. Proporciona alimentos saludables como leche, cereal y jugo si usted está embarazada o dando el pecho. También puede proporcionar alimentos para su bebé y niños de hasta 5 años de edad. Visite www.nwica.org para obtener el número de teléfono de su oficina local de WIC si aún no se ha registrado.

Cuidados prenatales.

La atención prenatal es cuando una mujer embarazada visita al doctor durante su embarazo. La atención prenatal le permite al doctor de su hijo ver qué tan bien va el embarazo y si hay algún problema. Incluso, si una mujer ha estado embarazada antes, debe visitar a su doctor regularmente.

Es mejor si su hijo recibe toda su atención médica prenatal del mismo doctor. Le recomendamos que su hija vea al doctor al menos diez veces durante su embarazo. Ella también deberá volver a su doctor después del parto. A esto se le llama atención médica de posparto. Es para asegurarse que tanto ella como su bebé estén saludables.

¿Va a tener un bebé?

Si piensa que está embarazada, llame su oficina local de Medicaid y a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Con esto usted asegura que obtendrá todos los servicios que se encuentran disponibles.

Programa de bien estar para niños — Pruebas de Salud, Diagnóstico y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT).

Estas visitas EPSDT con el doctor son para todos los miembros de MississippiCAN menores de 21 años de edad.

Visitas EPSDT.

Las visitas de EPSDT son un momento para que su PCP vea cómo su hijo está creciendo y desarrollándose. También le darán los exámenes necesarios, como pruebas de habla y audición, y vacunas durante estas visitas. Estas visitas de rutina también son un buen momento para hacer cualquier pregunta que tenga sobre el comportamiento y el bienestar general de su hijo, incluyendo:

- Comiendo.
- Dormiendo.
- Comportamiento.
- Interacciones sociales.
- Actividad física.
- Asesoramiento y orientación para adolescentes.

Todas las visitas y procedimientos EPSDT están cubiertos. Para obtener información, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Horario de chequeo.

Es importante programar las visitas EPSDT de su hijo para estas edades:

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

Beneficios

Aquí hay inyecciones que probablemente le dará el médico y cómo protegen a su hijo:

- **Hepatitis A & Hepatitis B:** previenen a dos infecciones comunes del hígado.
- **Rotavirus:** protege contra un virus que produce diarrea severa.
- **Difteria:** previene en contra de infecciones peligrosas de la garganta.
- **Tétanos:** previene en contra de una peligrosa enfermedad de los nervios.
- **Tosferina:** protege en contra de esta enfermedad de las vías respiratorias.
- **HiB (Haemophilus influenza tipo B):** previene la meningitis por Haemofilus en la niñez.
- **Meningococical:** previene la meningitis bacteriana.
- **Polio:** previene que el virus de la poliomielitis cause parálisis.
- **MMR:** previene el sarampión, las paperas y la rubeola.
- **Varicela:** previene la varicela.
- **Influenza:** protege en contra del virus de la influenza.
- **Vacuna neumocócica:** previene en contra de las infecciones de los oídos, de la sangre, neumonía y meningitis bacteriana.
- **HPV (vacuna del virus del papiloma humano):** protege en contra de enfermedades transmitidas sexualmente que pueden producir el cáncer cervical en las mujeres y verrugas genitales en los hombres.

Programa Dr. Health E. Hound®.

Estamos orgullosos de nuestra mascota — el Dr. Health E. Hound. Tiene como fin ayudar a enseñar a sus hijos formas divertidas de mantenerse en forma y sanos.

Al Dr. Health E. Hound le encanta viajar por todo el país y conocer a niños de todas las edades. Le gusta entregar folletos, carteles, adhesivos y libros para colorear acerca de alimentos saludables y ejercicio. También ayuda a que los niños entiendan que ir al médico es una forma importante de mantenerse sanos. Usted y su familia pueden reunirse con el Dr. Health E. Hound en algunos de nuestros eventos. Venga a un evento y aprenda sobre la importancia de alimentarse de forma saludable y de hacer ejercicio.



Otros detalles del plan

Cómo encontrar a un proveedor dentro de la red.

Nosotros hacemos fácil el proceso para encontrar a un proveedor de nuestra red. Para localizar a un proveedor o a una farmacia cercana a usted:



Visite en internet myuhc.com/CommunityPlan para obtener información actualizada. Haga clic sobre “Find a Provider.” — “Para encontrar un proveedor”.



Llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Nosotros podemos localizar a uno para usted. También, si así lo desea, podemos enviarle por correo un Directorio de Proveedores.

Directorio de Proveedores.

Usted tiene a su disposición un directorio de proveedores ubicados dentro de su área. El directorio enumera los nombres, direcciones, números de teléfono y horas de operación, incluidos los horarios de atención no tradicionales, de nuestros proveedores dentro de la red, incluyendo a los PCP y especialistas del grupo PCP, hospital, instalaciones, FQHC y RHC. Además, el directorio le indicará si un proveedor aceptará a nuevos pacientes y si la oficina/instalación tiene adaptaciones incluidas para personas con discapacidades físicas, incluyendo en oficinas, salas de exámenes y equipos.

Su directorio le informará sobre cualquier restricción de elección entre los proveedores de la red y los paneles cerrados (solo en la versión web).

Otros detalles del plan

Finalmente, el directorio identifica las capacidades culturales y lingüísticas, incluidos los idiomas y el lenguaje de señas ofrecidos por el proveedor o el intérprete en su oficina, así como el término de la capacitación del proveedor.

La información acerca de los proveedores cambia a menudo. Visite nuestro sitio en internet para obtener la más reciente información en myuhc.com/CommunityPlan. Usted puede ver y/o imprimir el directorio de proveedores desde el sitio en internet o oprima sobre “Find a Provider” – “Para encontrar a un proveedor” cuando quiere llevar a cabo una búsqueda en el directorio a través de internet.

Si usted desea una copia impresa de nuestro directorio, llame por favor a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711** y le enviaremos una copia por correo.

Servicios de interpretación y asistencia con el idioma.

Muchos de nuestros empleados en Servicios para Miembros hablan otros idiomas. Si usted no puede conectar con uno de ellos que hable su idioma, usted puede encontrar a un intérprete sin costo que se comunique con Servicios para Miembros.

Muchos de los proveedores de nuestra red también hablan otros idiomas. Si usted consulta con uno que no hable su idioma, usted puede emplear a nuestros intérpretes o servicios de Lenguaje Hablado sin costo para ayudarlo durante su cita. Haga los arreglos para obtener servicios de interpretación por lo menos 72 horas antes de su cita. Para emplear servicios de Lenguaje Hablado, se requiere que haga la solicitud dos semanas antes de la cita.

Usted también puede obtener los materiales impresos que le enviamos, ya sea impresos en un idioma diferente o traducido. Para hacer arreglos para tener un intérprete, servicios de traducción o para un formato de audio sin costo, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Actualización de su información.

Para asegurarse de que la información personal que tenemos de usted sea correcta, por favor infórmenos si existe algún cambio en la siguiente información:

- Estado civil.
- Dirección.
- Nombre del miembro.
- Número de teléfono.
- Embarazo.
- Tamaño de la familia (nacimiento, muerte, etc.).
- Otro seguro médico.

Por favor llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**, si esta información cambia. UnitedHealthcare Community Plan necesita actualizar los registros para informarle sobre nuevos programas, enviarle recordatorios sobre chequeos de salud, enviarle por correo boletines informativos para miembros, tarjetas de identificación y otra información importante. También debe informarle a Medicaid si hizo algún cambio. Ellos necesitan información actualizada respecto de su dirección cada vez que se muda.

Otro seguro.

Si tiene otro seguro, llame a Servicios para Miembros para informarnos.

- Si es miembro, su otro seguro médico deberá pagar las facturas de atención médica primero.
- Cuando recibe atención, siempre muestre ambas tarjetas de identificación de miembro (de UnitedHealthcare Community Plan y de su otro seguro).

Fraude y abuso.

Cometer un fraude o un abuso es ilegal. El fraude es un acto deshonesto hecho a propósito.

Ejemplos de fraude por los de miembros son:

- Permitir que otra persona use su(s) tarjeta(s) del plan de salud de MississippiCAN o su tarjeta de identificación de Medicaid.
- Obtener recetas con la intención de abusar o vender drogas.

Un ejemplo de fraude por los proveedores es:

- Facturación por servicios no prestados.

El abuso es un acto que no sigue las buenas prácticas. Un ejemplo de abuso por los miembros es:

- Ir a la sala de emergencias por una afección que no es una emergencia.

Un ejemplo de abuso por un proveedor es:

- Prescribir un artículo más caro de lo necesario.

Cualquier persona que realice una declaración falsa o una reclamación falsa para recibir o aumentar los beneficios puede ser objeto de cargos penales, que pueden derivar en un procesamiento judicial por fraude. También puede provocar que pierda sus beneficios de Mississippi CAN. **Si sospecha que alguna persona ha realizado un fraude, llame al 1-866-242-7727.** Usted no tiene que dejar o dar su nombre.

Si usted recibe una factura.

Antes de que reciba servicios para los cuidados de la salud que no están cubiertos, hable con su doctor acerca de cómo puede pagar por ellos. Recuerde, si usted pide por servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan, usted tendrá que pagar la factura.

Nosotros pagaremos por todos los cuidados cubiertos otorgados por proveedores dentro de nuestra red. Los proveedores dentro de nuestra red no deberán cobrar ningún honorario ni copagos por aquellos cuidados que se ofrecen como parte de su plan de salud. Si a usted alguna vez se le pide cubrir el costo por cualquier servicio cubierto, llame de inmediato a su doctor y dele la información de su seguro y la dirección de UnitedHealthcare. No pague usted esa factura. Si usted aun continua recibiendo facturas, llame por favor a Servicios Para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**, para recibir ayuda.

Avances médicos.

Nuestro Comité de Evaluación de Tecnología revisa las solicitudes para cubrir equipo y procedimientos recientemente desarrollados. Este comité incluye a doctores y a otros profesionales de salud. El comité emplea guías y evidencia científica para decidir si serán aprobados.

Su opinión cuenta.

¿Tiene alguna idea sobre cómo UnitedHealthcare Community Plan puede mejorar? Existen muchas formas en las que puede decirnos qué piensa.

- Llame a Servicios para Miembros a **1-877-743-8731**, TTY **711**.
- Escribanos a:
UnitedHealthcare Community Plan
Member Advocate
795 Woodland Parkway, Suite 301
Ridgeland, MS 39157

Comité de asesoramiento para miembros.

Tenemos también un Comité de asesoramiento para miembros que se reúne cada tres meses. Si piensa que le gustaría unirse a nosotros, llame a Servicios para Miembros.

Directivas Avanzadas.

El derecho del paciente a decidir.

Usted tiene derecho a presentar una “directiva avanzada”. Este documento dice, por adelantado, qué tipo de tratamiento que desea o no desea si usted tiene una condición médica grave que le impide decirle a su proveedor cómo desea ser tratado. Por ejemplo, si usted fue llevado a un centro de atención médica en coma, una directiva avanzada dejaría saber al personal de la instalación cómo quiere que sea manejado su atención de la salud.

Hay dos tipos de Directivas Avanzadas: 1) Un testamento en vida; y 2) Una Carta Poder para Cuestiones Médicas (a la cual también se le llama “Mandato de Representación para los Cuidados de Salud” o “Representante de los Cuidados de Salud”). Un “representante” es una persona a la cual usted le confía poder hablar en su nombre cuando usted ya no pueda hacerlo. Usted debe pensar cuidadosamente a que persona va usted a confiar para cuestiones acerca de su salud. Usted debe tener una larga plática con su representante acerca de su directiva avanzada para que esta persona sea capaz de tomar una decisión en la misma forma en que usted lo haría. Dos ejemplos de Directivas Avanzadas se pueden encontrar en nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan. Los miembros que tengan quejas sobre directivas anticipadas pueden ponerse en contacto con la Encuesta estatal (State Survey) y el Departamento de salud del estado de Mississippi (Mississippi State Department of Health).

Elegibilidad.

UnitedHealthcare Community Plan no decide si usted califica para MississippiCAN. La decisión se hace por Mississippi Division de Medicaid (DOM).

Si tiene cualquier pregunta, llame a Division of Medicaid (DOM) al 1-800-884-3222 o 1-800-421-2408 o 1-601-359-6050.

Inscripción.

La inscripción a MississippiCAN es por 12 meses o hasta que usted pierde la elegibilidad, cualquiera que ocurra primero. DOM le informará a UnitedHealthcare Community Plan la fecha de su inscripción. Su elegibilidad continúa hasta que DOM le informe a UnitedHealthcare la fecha en que usted está dado de baja.

Comuníquese con la entidad de elegibilidad en donde se inscribió, como la Administración del Seguro Social o Medicare o Medicaid:

- Si hay cambios en el número de miembros en su familia.
- Si usted cambia de domicilio.
- Si hay cambios en sus ingresos.
- Si usted obtiene cobertura de salud bajo otra póliza o hay cambios con ese tipo de cobertura.

Para reportar cambios, llame, escriba o visite a la persona que le otorgó la elegibilidad — el sitio donde fue usted inscrito por primera vez.

Incentivos para miembros.

UnitedHealthcare Community Plan of Mississippi ofrece incentivos a los miembros en medidas selectas para alentar a los miembros a realizar evaluaciones anuales de bienestar. Algunas medidas elegibles para incentivos pueden incluir:

- Pruebas de detección de cáncer de mama.
- EPSDT adolescente/exámenes de niño sano.
- Exámenes diabéticos de la vista.

Los miembros que son elegibles para incentivos recibirán comunicación sobre los programas actuales a través de llamadas y/o correos. Los miembros también pueden comunicarse con Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**, para obtener una lista de los incentivos actuales.

Cada año, UnitedHealthcare revisa el programa de incentivos. Los incentivos para miembros por lo general oscilan entre \$25 y \$50 y se ofrecen en forma de una tarjeta de recompensa prepagada de Mastercard.

Si usted quiere darse de baja de UnitedHealthcare Community Plan.

Mississippi Division de Medicaid (DOM) tiene el mandato que dice que miembros que están dentro de categorías específicas de elegibilidad sean inscritos dentro de una Organización Coordinada de Cuidados (CCO) bajo el programa MississippiCAN. Usted recibirá una carta de Division de Medicaid informándole acerca de su posición después de su inscripción inicial. Usted también puede ponerse en contacto con DOM en cualquier momento para determinar si su inscripción es como miembro mandatorio o si es opcional.

Para los suscriptores mandatorios.

Si usted pertenece a una de esas categorías de elegibilidad, usted entonces puede cambiar de CCOs devolviendo el formulario de cambio obligatorio de MississippiCAN dentro de los primeros 90 días de su inscripción, pero debe usted estar inscrito con un CCO:

- SSI.
- Discapacitación en el trabajo.
- Cáncer cervical y de la mama.
- Mujeres embarazadas.
- Padres/Cuidadores.
- Asistencia médica para niños.
- Otras poblaciones además de SSI, Niños discapacitados viviendo en el hogar, DHS – Niños en hogares de acogida (Asistencia en adopción) y Nativos Americanos.

Para los suscriptores opcionales.

Una vez que usted se encuentre inscrito dentro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene 90 días para enviar su Formulario de cambio opcional de MississippiCAN que recibió por correo para detener su inscripción. Si sobrepasa ese periodo, usted tendrá que ser miembro de nuestro plan por el siguiente año o hasta el siguiente periodo de inscripciones abiertas. Usted puede cambiar su inscripción por cualquier razón durante los primeros 90 días después de obtener su membresía. Llame a DOM para detener su membresía durante este periodo.

Después de los primeros 90 días, usted deberá tener una razón para dar por terminada su membresía con UnitedHealthcare Community Plan algunas de estas razones pueden ser:

- Usted se mudó fuera del área de nuestros servicios.
- Nosotros no cubrimos el tipo de servicio que usted solicita.

Para darse de baja o para cambiar su plan, usted debe ponerse en contacto con DOM por escrito o por teléfono.

Cancelación de su inscripción “con causa”.

Cualquier miembro puede solicitar la cancelación de su inscripción “con causa”. La solicitud debe enviarse a la Division of Medicaid para que sea aprobada. Usted puede solicitar la cancelación de su inscripción en forma oral o por escrito. Usted puede solicitar la cancelación de su inscripción “con causa” sí:

- Los servicios que usted desea no están cubiertos debido a razones morales o religiosas.
- Usted no puede obtener todos los servicios relacionados dentro de la red del Plan.
- Su doctor determina que recibiendo los servicios por separado puede ponerlo en riesgo y resultar en una pobre calidad de los cuidados de salud.
- Su capacidad de obtener los servicios para los cuidados de su salud con cobertura bajo el Plan es limitada.
- La posibilidad de obtener los servicios para los cuidados de su salud de parte de proveedores experimentados en su tratamiento se encuentra limitada.

Otras razones para la desafiliación.

Un miembro puede también ser desafiliado por las siguientes razones:

- El miembro ha fallecido.
- Usted ya no califica para recibir asistencia médica.
- Usted ya es residente de una casa de reposo con asistencia médica, o reside en una institución de cuidados intermedios o en otra institución que no es una institución residencial con tratamientos psiquiátricos.
- Usted se encuentra en un programa de exención.
- Usted ya es elegible para estar cubierto por Medicare.
- Usted ha sido diagnosticado con hemofilia.
- Usted ya no reside en el estado.

Terminación de la cobertura.

Si usted se da de baja, su cobertura terminará en el último día del mes en que se dio de baja.

Otros seguros médicos (Coordinación de Beneficios – COB).

Si usted o cualquiera de los miembros de su familia tiene otro seguro médico, debe llamar a Servicios para Miembros e informarles. Por ejemplo, si usted tiene un plan de salud en su trabajo o si sus hijos tienen un seguro por parte de cualquiera de los dos padres, llame a Servicios para Miembros. Si usted tiene otro seguro médico:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.
- Llame a la División de Medicaid (DOM) al 1-800-884-3222 o 1-800-421-2408 o 601-359-6050.

Si usted tiene otro seguro, UnitedHealthcare Community Plan y ese otro seguro compartirán el costo de sus cuidados. A esto se le llama **Coordinación de Beneficios**. Juntos, ambos planes pagarán no más del 100% de la factura.

Si nosotros pagamos por completo la factura y la otra parte debería de pagar parte del costo, nosotros nos pondremos en contacto con el otro plan. Por ejemplo, si usted resulta lesionado en un accidente de automóvil, el seguro del auto pagará algunas de las cuentas. Usted no recibirá una factura por las cuentas de los servicios que están cubiertos. Nosotros recibiremos esas cuentas. Si usted recibe una cuenta por error, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

No discriminación.

UnitedHealthcare no discriminará por motivos de raza, origen étnico, identidad de género, preferencia u orientación sexual o afectiva, edad, religión, credo, color, nacionalidad, ascendencia, discapacidad, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

Derechos y responsabilidades.

Mantener a la “Declaración de Derechos” de los clientes.

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades cuando se inscriba. Es importante que usted entienda plenamente tanto sus derechos y sus responsabilidades. La siguiente declaración de derechos y responsabilidades se presenta aquí para su información. El Estado debe garantizar que cada persona inscrita es libre de ejercer sus derechos, y que el ejercicio de estos derechos no afecta negativamente a la forma en que el plan de salud y sus proveedores o la agencia estatal traten el afiliado.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre UnitedHealthcare Community Plan, sus servicios, los médicos que proporcionan la atención, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Que su médico le explique en un idioma que usted entienda cuál es el problema, qué puede hacerse y cuál será el resultado.
- Conocer las opciones y alternativas disponibles para el tratamiento más allá del costo o la cobertura, en una manera que puede entender.
- Expresar las reclamaciones o apelaciones que se relacionen con nosotros y su atención médica.
- Sugerir cambios a los derechos y responsabilidades de nuestros miembros.
- Ser atendido con respeto y dignamente, independientemente del estado de salud, incapacidad física o mental, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual.
- Saber dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita.
- Obtener una segunda opinión.
- Aprobar cualquier tratamiento o plan para la atención médica después de recibir una explicación completa de este.
- Rechazar la atención médica y que se le informe sobre los riesgos que eso implica.
- Permanecer libre de toda restricción o aislamiento empleados como medidas coercitivas, disciplinarias, por conveniencia o como represalia.
- Obtener una copia de su expediente médico, hablar sobre ello con su médico y pedir, si es necesario, que sea enmendado o corregido.
- Que se mantenga la privacidad de su expediente médico y que este solo se comparta cuando lo exija la ley o un contrato, o con su aprobación.
- Recibir atención médica respetuosa en un entorno limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias.
- Recibir información sobre incentivos para médicos.
- Ejercer sus derechos sin que afecte la manera en que es tratado.

- Efectuar directrices anticipadas.
- Tomar una decisión sobre la donación de órganos.
- Contar con los servicios que no son negados o reducidos. Estos servicios no deben ser negados o reducidos debido al diagnóstico, el tipo de enfermedad o el problema médico.
- Acceso a servicios de interpretación oral sin cargo.

Usted tiene la responsabilidad de realizar lo siguiente:

- Otorgar información que nosotros y su médico para proporcionarle una atención adecuada.
- Escuchar el consejo del médico, cumplir las instrucciones y formular preguntas.
- Comprender sus problemas de salud y trabajar con su médico para desarrollar los objetivos del tratamiento.
- Trabajar con su médico para proteger y mejorar su salud.
- Averiguar cómo funciona el sistema de atención médica.
- Volver a visitar al médico o pedir una segunda opinión si no mejora.
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que espera para usted.
- Decirnos si tiene problemas con algún personal de atención médica.
- Siga el proceso para programar las citas.
- Cumplir con sus citas. Si debe cancelarla, llame tan pronto como pueda.
- Llamar a su médico cuando necesite atención médica, incluso fuera del horario de consulta.
- Usar la sala de emergencia solo para emergencias reales.
- Informar al plan de cambios en su dirección, el número de personas en su familia o de otros cambios en su cobertura para los cuidados de la salud.
- Pagar por servicios que no están aprobados y que son administrados por proveedores que no se encuentran dentro de la red cuando:
 - Usted sabe que el servicio no se encuentra cubierto.
 - Usted da su acuerdo por escrito, haciéndose responsable por el pago de ese servicio.
- Conocer cómo obtener servicios aprobados.

Quejas, reclamaciones, apelaciones y audiencias imparciales del estado.

¿Qué es una queja?

Una queja es una expresión de insatisfacción recibida oralmente o por escrito de una naturaleza menos grave o formal que se resuelve dentro de un (1) día calendario. Una queja puede ser acerca de, pero no limitada a, consultas, otros asuntos, malentendidos o a información errónea y que puede resolverse rápidamente al aclarar el malentendido o al proporcionar la información correcta.

Usted debe presentar la queja por escrito o por teléfono dentro de treinta (30) días calendario posteriores a la fecha del evento que causó la insatisfacción. Si alguien más va a presentar una queja por usted, nosotros debemos tener su permiso por escrito para que esa persona presente su queja. Cualquier queja que no sea resuelta dentro de un (1) día calendario será tratada como una reclamación.

¿Qué es una reclamación?

Una reclamación es una expresión de insatisfacción acerca de cualquier otra causa además de una Determinación adversa de beneficios.

Una reclamación puede ser acerca de:

- Transporte.
- Acceso a servicios/proveedores.
- Los cuidados de un proveedor y de tratamientos.
- Servicios de la Organización de cuidados coordinados al cliente.
- Los pagos y reembolsos.
- Asuntos administrativos.

Ejemplos de una reclamación incluyen, pero no están limitados a:

- Usted se encuentra insatisfecho con la calidad de los cuidados o servicios que obtiene.
- El doctor con el cual usted quiere consultar no es un doctor en la red de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué puedo hacer si tengo razones para presentar una reclamación?

Usted o alguien quien actúa en su nombre (un proveedor, un miembro de su familia, etc.) pueden escribir o presentar una reclamación ante UnitedHealthcare Community Plan. Llame al **1-877-743-8731**, TTY **711**, o escriba a:

Grievance and Appeals
P.O. Box 5032
Kingston, NY 12402-5032

Si necesita ayuda con su reclamación, llame al número de teléfono gratuito para miembros **1-877-743-8731**, TTY **711**, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. tiempo del Centro de lunes a viernes (y 7:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Centro el miércoles). También estamos disponibles de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. tiempo del Centro el primer sábado y domingo de cada mes.

Si alguien más va a presentar una reclamación por usted, debemos tener su permiso por escrito para que esa persona pueda presentar su reclamación. Hay un formulario que puede usar al final de este manual.

Puede presentar una reclamación llamando o escribiendo a UnitedHealthcare Community Plan. Cuando llame, se lo comunicaremos al momento de su llamada que hemos recibido su reclamación, a menos que nos solicite que confirmemos el recibo por escrito. Si nos escribe, le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días calendario para informarle que recibimos su reclamación. Revisaremos su reclamación y le enviaremos un aviso de nuestra decisión dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de su reclamación o de manera expeditiva según lo requiera su estado de salud.

Si usted solicita más tiempo o demostramos que se necesita más información y la demora le interesa, el plazo puede extenderse hasta 14 días. Si solicitamos más tiempo, hacemos un intento razonable de llamarlo y le enviamos una carta para informarle por qué necesitamos más tiempo.

¿Cuál es el límite de tiempo para que un miembro pueda presentar una reclamación?

Un miembro puede presentar una reclamación en cualquier momento.

¿Qué puedo hacer si necesito una decisión sin demora?

Si usted o la persona que lo representa (proveedor, familiar, etc.) quieren una decisión rápida debido a que su salud se encuentra en riesgo, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Usted puede presentar una Reclamación Acelerada. UnitedHealthcare Community Plan le llamará por teléfono con nuestra decisión dentro de las primeras 72 horas después de recibir su solicitud para una Reclamación Acelerada. Este período de tiempo puede extenderse hasta 14 días. Si usted solicita más tiempo o nosotros consideramos que necesitamos más información y este retardo es en su favor, puede hacerse una extensión. Si nosotros solicitamos una extensión, le informaremos por escrito de las razones para ello. Usted recibirá una notificación por escrito. Esta carta le informará de cuáles son las razones por la cual tomamos esa decisión y que es lo que usted puede hacer si no está de acuerdo.

Si nosotros decidimos que su reclamación no amerita una decisión acelerada, de acuerdo a las regulaciones, le informaremos por teléfono. Su reclamación será tramitada dentro de los primeros 30 días del calendario. También nosotros le comunicaremos lo anterior, enviándole una carta dentro de los primeros dos días después de haberle llamado por teléfono.

Después de haber revisado su reclamación, le enviaremos una carta comunicándole nuestra decisión.

Otros detalles del plan

¿Qué es una Determinación adversa de beneficios?

Una determinación adversa de beneficios es la denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, requisitos de necesidad médica, adecuación, establecimiento o efectividad de un beneficio cubierto. Una determinación adversa de beneficios incluye:

- La reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado.
- La denegación, total o parcial, del pago de un servicio.
- La falta de prestación de servicios de manera oportuna como se define en los estándares de citas.
- La falla del plan de salud para actuar dentro de los plazos previstos en 42 C.F.R. § 438.408 (b) (1) y (2) con respecto a la resolución estándar de quejas y apelaciones.

Para un residente de un área rural con una sola Organización de Atención Administrada, la denegación de la solicitud de un miembro para ejercer su derecho, según § 42 C.F. R. 438.52 (b) (2) (ii) para obtener servicios fuera de la red:

- La denegación de la solicitud de un miembro para disputar una responsabilidad financiera, incluido el costo compartido, copagos, primas, deducibles, coseguros y otros pasivos financieros de los miembros; y
- Determinaciones por parte de los centros de enfermería especializada y los centros de enfermería para transferir o dar de alta a los residentes y las determinaciones adversas hechas por un Estado con respecto a los requisitos de evaluación previa al ingreso y revisión anual de residentes de la Sección 1919 (e) (7) de la Ley, si corresponde.

¿Qué es una apelación?

Una apelación significa una revisión por parte de UnitedHealthcare Community Plan de una Determinación adversa de beneficios.

Si cualquiera de los eventos arriba mencionados ocurre, UnitedHealthcare Community Plan le mandará una Determinación adversa de beneficios. Una apelación es cuando usted nos comunica que usted cree que la Determinación adversa de beneficios tomada es incorrecta.

¿Cómo puedo presentar una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan?

Los miembros tienen derecho a solicitar una apelación de una decisión acerca de de reclamación. Usted o alguien quien actúa en su nombre (un proveedor, un miembro de su familia, etc.) con su permiso por escrito puede presentar una apelación llamando o escribiendo a UnitedHealthcare Community Plan.

Llame al **1-877-743-8731**, TTY **711**, o escriba a:

Grievance and Appeals
P.O. Box 5032
Kingston, NY 12402-5032

Usted debe presentar una apelación dentro de los primeros 60 días calendarios después de recibir la Notificación de Determinación adversa de beneficio de UnitedHealthcare. Si usted necesita ayuda para escribir o presentar una apelación, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Si usted presenta una apelación por teléfono, nosotros pondremos su apelación por escrito y se enviaremos para que la firme. Usted deberá firmarla y retornarla. Los miembros tienen derecho a presentar información adicional o revisar el expediente del caso para presentar una una apelación.

Si alguien más va a presentar la apelación en su nombre, nosotros debemos tener autorización por escrito para que esta persona pueda presentarse apelación.

Recibirá una carta en la que se le indicará el motivo de nuestra decisión y qué hacer si no está conforme con la decisión. Cuando presente una apelación, le enviaremos una carta dentro de los diez (10) días calendario informándole que recibimos su apelación. Revisaremos su apelación y le enviaremos nuestra decisión dentro de los treinta (30) días calendario. Si solicita más tiempo o demostramos que se necesita más información y la demora le interesa, el plazo puede extenderse hasta 14 días. Si solicitamos más tiempo, hacemos un intento razonable de llamarlo y le enviamos una carta para informarle por qué necesitamos más tiempo.

Si ha estado recibiendo atención médica y su plan de salud reduce, suspende o finaliza el servicio, usted puede apelar. Para que la atención médica no se detenga mientras apela la decisión, usted debe apelar dentro de diez (10) días calendario a partir de la fecha de la Notificación de determinación adversa de beneficios y solicitar que no suspendamos el servicio mientras usted esta apelando. Si no gana su apelación, es posible que deba pagar la atención médica que recibió durante este tiempo. Sus beneficios continuarán hasta que ocurra uno de los siguientes:

- Usted retira la solicitud de apelación.
- No solicita una apelación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del notificación de determinación adversa de beneficios.
- La autorización para los servicios ha expirado o se cumplen los límites de autorización del servicio.
- Se emite una decisión de apelación que es adversa para usted.

UnitedHealthcare resolverá una apelación y emitirá por escrito la resolución dentro de los primeros 30 días calendarios. UnitedHealthcare puede extender este período de tiempo hasta por 14 días si el miembro así lo solicita o si UnitedHealthcare demuestra que es necesario obtener más información y que este retraso en emitir una decisión es en el mejor de los intereses del cliente. Para cualquier extensión de tiempo que no ha sido solicitada por un miembro, UnitedHealthcare notificará al miembro por escrito acerca de cuál es la razón por el retraso.

Otros detalles del plan

¿Qué puedo hacer si necesito obtener cuidados de inmediato?

Si usted o su doctor requieren de una decisión inmediata porque su salud se encuentra en riesgo, llame a Servicios Para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**, para obtener una revisión expedita de una Determinación adversa de beneficio. Usted no tiene que enviar una carta solicitando una decisión acelerada después de haber llamado por teléfono a Servicios para Miembros. UnitedHealthcare Community Plan le llamará con nuestra decisión dentro de 72 horas de recibir su petición para obtener una revisión expedita. Este período de tiempo puede extenderse hasta 14 días si usted así lo solicita o nosotros determinamos que es necesario obtener información adicional y que es en su propio beneficio. Si nosotros solicitamos una extensión, haremos un intento razonable de llamarlo y le enviaremos una carta para informarle por qué necesitamos más tiempo.

Si decidimos que su apelación no necesita una decisión rápida basada en las reglas, lo llamaremos. Su apelación se tramitará dentro de los 30 días calendario. También le enviaremos una carta informándole esto dentro de los dos días posteriores a la llamada.

Usted recibirá por escrito una explicación de la razón por la cual tomamos esta decisión y que es lo que usted puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión.

¿Cómo puedo presentar una solicitud para obtener una Audiencia Imparcial del Estado?

Si usted no está de acuerdo con una determinación adversa de beneficios tomada por UnitedHealthcare Community Plan, usted o alguna persona actuando en su nombre (un proveedor, un miembro de su familia, etc.) puede apelar directamente a Mississippi Division of Medicaid (DOM) presentando una petición para tener una Audiencia Imparcial del Estado. Usted puede apelar a DOM:

- Después de que usted ha agotado sus derechos de apelación UnitedHealthcare Community Plan.

Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial del Estado dentro de los primeros ciento veinte (120) días calendario desde su recibo de decisión final de UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener información acerca de la solicitud de una Audiencia Imparcial del Estado, llame al 601-359-6050 o 1-800-421-0488 o escriba a:

Division of Medicaid Office of the Governor
Attn: Appeals Department
550 High Street, Suite 1000
Jackson, Mississippi 39201

Continuación de los beneficios.

Si usted ha estado recibiendo servicios continuos o si alguno ha sido reducido, cambiado o suspendido, usted podrá continuar recibéndolos si:

1. Su apelación se recibe dentro de 10 días a partir de la fecha en que recibió la Notificación de Determinación adversa de beneficio de UnitedHealthcare Community Plan.
2. Su petición es para que el servicio continúe.

El servicio puede continuar a través del proceso de apelación y el proceso de la Audiencia Imparcial del Estado a menos que usted descontinúe su apelación, no pida una Audiencia Imparcial del Estado y la continuación de beneficios o la prescripción por esos servicios termine. Si usted solicita una Audiencia Imparcial de Medicaid y quiere que sus beneficios continúen, debe presentar una solicitud dentro de los primeros 10 días de la fecha en que recibió notificación de nuestra decisión. Si la Audiencia Imparcial del Estado determina que la decisión de UnitedHealthcare Community Plan es correcta, usted puede ser responsable del costo por la continuación de esos beneficios.

Protecciones adicionales para beneficiarios de Medicaid en Mississippi.

En virtud de las leyes federales y estatales y las políticas de la institución, la División de Medicaid de Mississippi brinda protecciones adicionales a la información médica confidencial relacionada con el abuso de alcohol y drogas, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual (ETS), salud mental, resultados de exámenes genéticos y planificación familiar. Para divulgar esta clase de información a una persona externa a Medicaid, se necesita autorización previa por escrito, salvo que:

- Sea para tratamientos de emergencias médicas.
- No esté identificada o su divulgación no permita identificar que el beneficiario posee información sensible de esta clase.
- Sea para investigaciones científicas, en circunstancias determinadas.
- Sea para auditorías administrativas o financieras, en circunstancias determinadas.
- Sea para evaluaciones de programas, en circunstancias determinadas.
- Sea una orden judicial, si corresponde.
- Lo exija la ley por otros motivos.
- Se dirija a un representante personal (salvo en el caso de menores; se debe obtener la autorización del menor antes de divulgar la información a un padre, tutor u otro representante legal).
- Se trate de comunicaciones internas de la institución con el propósito de prestar servicios de diagnóstico, tratamientos o referencias para tratamientos.
- Sea para aplicar la ley en cuanto a delitos o amenazas de delito en las instalaciones o contra el personal.
- Se dirija a entidades que presten servicios a la institución (por ejemplo, contratistas o asociados empresariales).

Términos importantes.

Abuso: dañar a alguien premeditadamente (esto incluye gritar, ignorar la necesidad de una persona y tocarla en forma inadecuada).

Determinación adversa de beneficios: Una determinación adversa de beneficios es la denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, requisitos de necesidad médica, adecuación, establecimiento o efectividad de un beneficio cubierto.

Una determinación adversa de beneficios incluye:

- La reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado.
- La denegación, total o parcial, del pago de un servicio.
- La falta de prestación de servicios de manera oportuna como se define en los estándares de citas.
- La falla del plan de salud para actuar dentro de los plazos previstos en 42 C.F.R. § 438.408 (b) (1) y (2) con respecto a la resolución estándar de quejas y apelaciones.

Para un residente de un área rural con una sola Organización de Atención Administrada, la denegación de la solicitud de un miembro para ejercer su derecho, según § 42 C.F. R. 438.52 (b) (2) (ii) para obtener servicios fuera de la red:

- La denegación de la solicitud de un miembro para disputar una responsabilidad financiera, incluido el costo compartido, copagos, primas, deducibles, coseguros y otros pasivos financieros de los miembros; y
- Determinaciones por parte de los centros de enfermería especializada y los centros de enfermería para transferir o dar de alta a los residentes y las determinaciones adversas hechas por un Estado con respecto a los requisitos de evaluación previa al ingreso y revisión anual de residentes de la Sección 1919 (e) (7) de la Ley, si corresponde.

Apelación: una solicitud formal para que UnitedHealthcare revise una decisión que tomó o una determinación adversa de beneficios que llevó a cabo.

Equipo médico duradero (DME): Las cosas tales como sillas de ruedas, andadores, medidor de glucosa, postes IV. También los suministros desechables como vendas, catéteres y agujas.

Emergencia: un repentino y, en ese momento, inesperado cambio en el estado mental o físico de una persona por el cual, si no recibe un procedimiento o tratamiento inmediato, podría resultar en 1) la pérdida de la vida o una extremidad, 2) daño significativo a una función corporal o, 3) daño permanente en una parte del cuerpo.

FQHC: Centro de atención médica federalmente calificado.

Reclamación: Una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios.

Información sobre la salud: datos sobre su salud y su atención. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare o de un proveedor. Contiene información sobre su salud física y mental y también sobre pagos por atención médica.

Inmunización: una vacuna que protege o “inmuniza” a un miembro contra una enfermedad. Los niños deben recibir una serie de estas inmunizaciones a edades específicas. Estas vacunas, por lo general, se aplican durante las visitas médicas regulares.

Dentro de la red: médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que tienen un acuerdo con UnitedHealthcare para ofrecer servicios de atención médica a los miembros.

Hogar Médico: médico al cual usted va en todo momento.

Medicamento Necesario: servicio que (1) previene, diagnostica o trata una enfermedad física o mental o una lesión; asegura el crecimiento y el desarrollo adecuado a la edad; minimiza el empeoramiento de una discapacidad; o alcanza, mantiene o recupera la capacidad funcional según los estándares de prácticas aceptados en la comunidad médica; (2) no se puede omitir sin afectar negativamente el estado de salud del miembro o la calidad de la atención médica prestada y, (3) se proporciona en el entorno más adecuado.

Miembro: persona elegible inscrita en UnitedHealthcare a través del programa MississippiCAN.

Fuera de la Red: médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que no tienen un acuerdo con UnitedHealthcare para ofrecer servicios a los miembros de MississippiCAN.

Receta: las instrucciones escritas por un médico que autorizan medicamentos o tratamientos.

Autorización previa: proceso que utiliza un médico para obtener aprobación para servicios no cubiertos habitualmente por UnitedHealthcare.

Proveedor o Profesional: persona o centro que brinda atención médica (médicos, farmacias, dentistas, clínicas, hospitales, etc.).

RHC: Centro de atención médica de salud rural.

Especialista: cualquier médico que tiene una capacitación especial para tratar una afección o enfermedad específica.

SSI: Seguro de la Seguridad Social.

Formulario para una reclamación o apelación.

Nombre del miembro _____ ID # _____

Dirección _____

Número de teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____

Describa en detalle su insatisfacción usando nombres, fechas, lugar de los servicios, hora del día y los hechos sucedidos. Si es aplicable, también declare porque usted piensa que UnitedHealthcare debe considerar el pago por los servicios requeridos los cuales no se cubren usualmente. Envíe por correo esta forma a la dirección anotada abajo.

Envíe a:
Grievance and Appeals
P.O. Box 5032
Kingston, NY 12402-5032

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.uhcommunityplan.com). Le notificaremos si ocurre una violación de su información médica. Recopilamos y conservamos su información médica para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La información médica puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su información médica a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información médica.

Cómo usamos o compartimos su información.

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

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

Podemos usar o compartir su información médica de la siguiente forma:

- **Para recibir un pago.** Podemos usar o compartir su información médica para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos compartir su información médica con sus proveedores para ayudar con su atención.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.

Otros detalles del plan

- **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.

Otros detalles del plan

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.** Envíela 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.; United Healthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

Aviso de privacidad de la información financiera.

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

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

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

Información que recopilamos.

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

Divulgación de la información financiera.

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad.

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

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.; Lifeprint East, Inc.; Lifeprint 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.

Nosotros estamos aquí para servirle.

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan
795 Woodlands Parkway, Suite 301
Ridgeland, MS 39157

myuhc.com/CommunityPlan

1-877-743-8731, TTY **711**



