



Bienvenido a la **comunidad**

New York

Child Health Plus

- Bienvenido
- Manual para Miembros
- Otra información

2021

© 2020 United Healthcare Services, Inc. Todos los derechos reservados.
CSNY20MC4888416_000

 **UnitedHealthcare**[®]
Community Plan

Bienvenido

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

Tómese unos minutos para revisar este Manual para miembros. Estamos listos para responder a cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes. También puede visitar nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan.

Para empezar

Nosotros queremos que usted obtenga lo más posible su plan de salud lo más pronto posible. Empecemos con estos tres fáciles pasos:

1

Llame al Proveedor de Atención Primaria (PCP) de su hijo y haga una cita para tener una revisión médica. Las revisiones médicas son importantes para mantener una buena salud. El nombre y el número de teléfono del PCP de su hijo se encuentran anotados en la tarjeta de identificación que le han enviado por separado por correo. Si desea ayuda para programar un control, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**. Estamos aquí para ayudarlo. Si su hijo requiere atención médicamente necesaria, antes de recibir la tarjeta de identificación del miembro, lleve este manual a la cita con el médico para mostrar que su hijo tiene cobertura con UnitedHealthcare Community Plan.

2

Complete la Evaluación de Salud de su hijo. Esta es una forma rápida y fácil para conocer cuál es su forma de vivir y el estado de salud de su hijo. Esto nos ayuda a conectar a su hijo con los beneficios y servicios disponibles.

Pronto recibirá una llamada telefónica de nuestra parte. Le llamaremos para explicar todos los beneficios del plan de salud de su hijo. También le ayudaremos a completar una encuesta sobre la salud de su hijo. Esta breve encuesta nos ayuda a comprender cuáles son las necesidades de su hijo para poder servirle mejor. También puede visitar nuestro sitio en internet y completar la encuesta para su hijo en línea. Vea la página 10.

3

Conozca el plan de salud de su hijo. Empiece con la sección que describe las partes principales del Plan de Salud en la página 7 para tener en un vistazo el nuevo plan de su hijo. 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 da mucho gusto tener a su hijo como miembro. UnitedHealthcare se compromete a ayudar a nuestros miembros a vivir una vida más feliz y más saludable.

UnitedHealthcare Community Plan le brinda acceso a muchos de los proveedores para los cuidados de salud como doctores, enfermeras, hospitales y farmacias — para que usted tenga acceso a todos los servicios para la salud que necesita. Nosotros cubrimos los cuidados preventivos, los chequeos de salud y los servicios de tratamiento. Estamos dedicados al mejoramiento de la salud de su hijo y a su bienestar.

Recuerde, las respuestas a muchas de sus preguntas se responden al solo oprimir una Tecla en internet en myuhc.com/CommunityPlan, o usted puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes.





[7](#) Importantes puntos del plan de salud

- [7](#) Su tarjeta de identificación del plan de salud
 - [9](#) Beneficios en un vistazo
 - [10](#) La Evaluación de salud de su hijo
 - [11](#) Ayuda a los miembros
 - [15](#) Usted puede empezar a usar sus beneficios de farmacia de inmediato
-



[17](#) Para ir al doctor

- [17](#) El Proveedor de Atención Primaria (PCP) de su hijo
 - [19](#) Revisiones anuales
 - [20](#) Para hacer una cita con su PCP
 - [21](#) Preparación para la cita de su hijo con su PCP
 - [21](#) Si su hijo necesita atención y la oficina de su proveedor está cerrada
 - [22](#) Las referencias y los especialistas
 - [23](#) Obtener una segunda opinión
 - [23](#) Atención continuada si el PCP de su hijo deja la red
 - [24](#) Si su hijo necesita atención cuando está fuera de la ciudad
-



[25](#) Hospitales y emergencias

- [25](#) Cuidados de emergencia
 - [25](#) Cuidados urgentes
 - [26](#) Servicios de hospital
 - [27](#) Ambulancia de emergencia
 - [27](#) Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos
-



[28](#) Farmacia

- [28](#) Medicamentos de receta
- [29](#) Medicamentos de venta libre (OTC)
- [29](#) Medicamentos inyectables
- [29](#) Farmacia única (Pharmacy home)



30 Beneficios

- [30](#) Servicios cubiertos y no cubiertos
- [36](#) Autorización de servicios y acciones previa autorización
- [40](#) Revisión de utilización
- [40](#) Manejo de enfermedades y cuidados
- [41](#) Programas para el bienestar



42 Otros detalles del plan

- [42](#) Cómo encontrar a un proveedor dentro de la red
- [42](#) Directorio de Proveedores
- [43](#) Encuesta para los miembros
- [43](#) Fraude y abuso
- [44](#) Su opinión se toma en cuenta
- [44](#) Política de no discriminación
- [45](#) Derechos y responsabilidades de los miembros
- [47](#) Directrices anticipadas
- [48](#) Reclamaciones y apelaciones
- [54](#) Proceso de quejas
- [56](#) Servicios de interpretación y asistencia con el idioma
- [57](#) Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

El plan Child Health Plus de UnitedHealthcare Community Plan está disponible para los miembros que viven en los condados de Albany, Bronx, Broome, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Dutchess, Erie, Essex, Franklin, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Jefferson, Reyes, Lewis, Livingston, Madison, Monroe, Nassau, Nueva York, Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Naranja, Orleans, Oswego, Queens, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Seneca, San Lorenzo, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester, Wyoming y Yates.



Importantes puntos del plan de salud

Su tarjeta de identificación del plan de salud

Front of Card:

- UnitedHealthcare Community Plan
- Health Plan (80840) 911-87726-04
- Member ID: 001000006
- Group Number: NYCHP
- Member: REISSUE A ENGLISH
- Payer ID: 87726
- PCP Name: DOUGLAS GETWELL
- PCP Phone: (718)787-1017
- OPTUMRx
- Rx Bin: 610494
- Rx Grp: ACUNY
- Rx PCN: 4800
- UnitedHealthcare Community Plan for Kids
- Administered by UnitedHealthcare of New York, Inc.
- 0501

Back of Card:

- In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 10/30/19
- This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website www.myuhc.com/communityplan or call.
- For Members: 800-493-4647 TTY 711
- For Providers: UHCprovider.com 866-362-3368
- Medical Claims: PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240
- Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334
- For Pharmacists: 877-305-8952

Callouts:

- El número de identificación del plan de su hijo
- El número de identificación como miembro de su hijo
- El número de teléfono de Servicios para Miembros
- Información para el farmacéutico de su hijo
- Servicios de salud mental

¿Perdió la tarjeta de identificación como miembro de su hijo?

Si usted o algún miembro de su familia extravían la tarjeta, llame a Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva. Regístrese a través de internet en myuhc.com/CommunityPlan para poder imprimir una tarjeta temporal.

Importantes puntos del plan de salud

La tarjeta de identificación de su hijo como miembro contiene mucha información importante. Le da acceso a los beneficios cubiertos de su hijo. Usted debería haber recibido por correo la tarjeta de identificación como miembro de su hijo por correo dentro de los 10 días posteriores a su inscripción a UnitedHealthcare Community Plan. Cada miembro de la familia debe tener su propia tarjeta. Verifique que toda la información sea la correcta. Si la información es incorrecta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

- Lleve consigo la tarjeta de identificación de su hijo 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 la(s) tarjeta(s) de su hijo. Eso es contra la ley

Muestre su tarjeta. Siempre muestre la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare de su hijo cuando reciba cuidados médicos. Esto ayuda a garantizar que su hijo obtenga todos los beneficios disponibles y evita los errores de facturación

Beneficios en un vistazo

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, su hijo 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.



Servicios de Atención Primaria

Su hijo tiene cobertura para todas las visitas a su Proveedor de Atención Primaria (PCP). El PCP de su hijo 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 resfriados y la gripe, sus preocupaciones por la salud, inmunizaciones y los exámenes médicos de la salud.



Una amplia red de proveedores

Usted puede escoger a cualquier PCP de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias — lo cual le ofrece a usted muchas opciones para sus cuidados de salud. Puede encontrar la lista completa de proveedores acudiendo a: myuhc.com/CommunityPlan o llamando al **1-800-493-4647**, TTY **711**.



Servicios de especialistas

La cobertura de su hijo 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 una referencia de su PCP. Lea la página 22.



Medicamentos

El plan de su hijo cubre medicamentos de receta sin copagos para los miembros de cualquier edad. También cubre: insulina, agujas y jeringas, aspirina recubierta para artritis, pastillas de hierro y vitaminas masticables.



Servicios de hospital

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

Importantes puntos del plan de salud



Servicios de laboratorio

Los servicios que se cubren incluyen pruebas de laboratorio y 4 radiografías para ayudar a conocer cuáles son las causas de su enfermedad.



Visitas del bienestar para niños

Su plan cubre todas las consultas del bienestar para niños y las 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.



Planificación familiar

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



La Evaluación de salud de su hijo

La 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 al cuestionario y nos lo remite por correo, 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.

Acuda en internet a myuhc.com/CommunityPlan para completarlas. O llame al **1-800-493-4647**, TTY **711**.



Ayuda a los miembros

Nosotros queremos que usted obtenga lo más posible del plan de salud de su hijo y que sea de la manera más simple posible. 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 muchas de las necesidades del servicio para miembros. Además de los detalles del plan, el sitio incluye herramientas útiles que pueden ayudarle, como:

- Completar la evaluación de salud de su hijo
- Encontrar un proveedor o una farmacia
- Hacer una búsqueda de un medicamento en la Lista de Medicamentos Preferidos
- Obtener detalles acerca de los beneficios
- Descargar un Manual para Miembros actualizado
- Mantenga un registro del historial médico de su hijo con el registro de salud personal de su hijo
- Puede enviarnos un correo electrónico desde nuestro sitio en internet. Seleccione el enlace “Contáctenos”



Los Servicios para Miembros se encuentran disponibles lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

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

- El entendimiento de cuáles son los beneficios de su hijo
- Ayuda para obtener un reemplazo de su tarjeta de identificación
- Ayuda para encontrar a un doctor o a una clínica de cuidados urgentes

Llame al **1-800-493-4647**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Importantes puntos del plan de salud



Programa de Administración de Atención

Si su hijo tiene una condición crónica de salud, como asma o diabetes, usted puede beneficiarse con nuestro programa de Administración de Cuidados. Nosotros podemos ayudarle de varias maneras, como haciendo sus citas con los doctores y manteniendo a todos sus proveedores informados acerca de los cuidados que usted recibe. Para conocer más, llame al número **1-800-493-4647**, TTY **711**.

Si desea reunirse con un representante de UnitedHealthcare en persona para obtener más información sobre la cobertura de su plan de salud o para presentar una queja, comuníquese con una de nuestras oficinas comunitarias locales para programar una cita para reunirse con un representante. Tenemos siete ubicaciones comunitarias convenientes:

Queens County

136-02 Roosevelt Avenue, Main Floor
Flushing, NY 11354

Teléfono: **1-800-632-6311**

Horas de trabajo:

9:00 a.m. – 4:30 p.m., lunes a viernes

80-22 Roosevelt Avenue

Jackson Heights, NY 11372

Teléfono: Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** para hacer una cita.

Horas de trabajo:

10:00 a.m. – 3:00 p.m., lunes a viernes

Nassau County

250 Fulton Avenue, Suite 121

Hempstead, NY 11570

Teléfono: **516-247-6352**

Horas de trabajo:

10:00 a.m. – 3:00 p.m., lunes a viernes

Manhattan County

558 West 181 Street

New York, NY 10033

Teléfono: **212-781-3960**

Horas de trabajo:

9:30 a.m. – 5:00 p.m., lunes a viernes

161 Canal Street

New York, NY 10013

Teléfono: **800-632-6311**

Horas de trabajo:

9:30 a.m. – 4:30 p.m., lunes a viernes

Kings County

2343 86th Street

Brooklyn, NY 11214

Teléfono: **800-632-6311**

Horas de trabajo:

9:30 a.m. – 4:30 p.m., lunes a viernes

6402 8th Avenue, Suite 107

Brooklyn, NY 11220

Teléfono: **800-632-6311**

Horas de trabajo:

9:30 a.m. – 4:30 p.m., lunes a viernes



Nosotros hablamos su idioma

Si usted habla un idioma que no sea el inglés, podemos proporcionarle materiales impresos traducidos, o podemos proporcionarle un intérprete que puede ayudar a entender esos materiales. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia con el idioma en la sección “Otros Detalles del Plan”. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.



Emergencias

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



Números Importantes

UnitedHealthcare Community Plan CHP Línea de facturas directa
(Billing Hotline) **1-877-229-3439**

Su Proveedor de Atención Primaria Vea su tarjeta de identificación del
UnitedHealthcare Community Plan

La sala de emergencias más cercana

El Departamento de salud del Estado de New York
(New York State Health Dept.) (Quejas) **1-800-206-8125**

La línea directa de New York State Child Health Plus **1-800-698-4543**

Los Departamentos de Servicios Sociales de los condados del norte
(Upstate County Departments of Social Services):

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Albany **1-518-447-7300**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Broome **1-607-778-2669**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Cayuga **1-315-253-1011**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Chautaugua. **1-716-661-8200**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Chemung **1-607-737-5309**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Chenango **1-607-337-1500**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Clinton. **1-518-565-3222**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Columbia. **1-518-828-9411**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Essex. **1-518-873-3450**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Fulton **1-518-736-5640**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Genesee **1-585-344-2580**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Herkimer **1-315-867-1291**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Jefferson **1-315-782-9030**

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Lewis **1-315-376-5105**

Importantes puntos del plan de salud



Los Departamentos de Servicios Sociales de los condados del norte (*continúa*):

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Madison	1-315-366-2211
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Monroe	1-585-753-2740
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Niagra	1-716-439-7600
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Oneida	1-315-798-5632
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Onondaga	1-315-435-2928
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Ontario	1-585-396-4060
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Orange	1-845-291-4000
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Oswego	1-315-963-5000
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Rensselaer	1-518-270-3928
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Rockland	1-845-364-2000
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Seneca	1-315-539-1865
El Departamento de Servicios Sociales del condado de St. Lawrence	1-315-379-2276
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Tioga	1-877-882-8313
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Ulster	1-845-334-5000
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Warren	1-518-761-6300
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Wayne	1-315-946-4881
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Westchester	1-800-549-7650

New York City y Long Island:

El Departamento de Servicios Sociales del condado de Nassau	1-516-227-8000
Administración de Recursos Humanos de New York City (New York City Human Resources Administration)	1-718-557-1399
Administración de Recursos Humanos de New York City (dentro de los 5 distritos)	1-877-472-8411
New York Medicaid CHOICE	1-800-505-5678
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Hauppauge)	1-631-853-8730
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk	1-631-852-3710
El Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Ronkonkoma)	1-631-854-9700

Usted puede empezar a usar sus beneficios de farmacia de inmediato

El plan de su hijo cubre una amplia lista de medicamentos o medicamentos de receta. Los medicamentos que se cubren se encuentran anotados en la Lista de Medicamentos Preferidos. Su doctor usa esta lista para asegurar que los medicamentos que su hijo necesita están cubiertos por su plan. Usted puede obtener en la Lista de Medicamentos Preferidos acudiendo a internet en: myuhc.com/CommunityPlan. Usted también puede buscar el nombre del medicamento directamente en internet. Es fácil poder obtener que le surtan sus medicamentos. Esta es la manera de hacerlo:

1

¿Se encuentran sus medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos?



Sí

Si sus medicamentos están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL), 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 (PDL), haga una cita con su doctor dentro de los siguientes 30 días. 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 (PDL) en internet: myuhc.com/CommunityPlan. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

2

¿Tiene su hijo una receta para un medicamento?



Cuando usted tiene 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 la tarjeta de identificación de su hijo. 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

¿Su hijo necesita resurtir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos Preferidos?

Si su hijo necesita resurtir medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos Preferidos, posiblemente puede obtener un suministro temporal de 3 días. Para hacerlo, visite una farmacia de la red y muestre la tarjeta de identificación como miembro de su hijo. Si no tiene la tarjeta de identificación como miembro de su hijo, puede mostrarle al farmacéutico la información a continuación. Hable con el médico de su hijo sobre sus opciones de prescripción.

Attention Pharmacist

Please process this UnitedHealthcare Community Plan member's claim using:

BIN: 610494

Processor Control Number: 4800

Group: ACUNY

If you receive a message that the member's medication needs a prior authorization or is not on our formulary, please call **OptumRx®** at

1-877-305-8952 for a transitional supply override.



Para ir al doctor

El Proveedor de Atención Primaria (PCP) de su hijo

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

- Cuidados de rutina, incluyendo revisiones médicas
- Coordinar 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 su hijo tenga que obtener servicios por fuera de nuestra red. Llame a Servicios para Miembros para saber si se cubre por completo esos servicios. Es posible que tenga que por esos servicios.

Para ir al doctor

Para escoger al PCP de su hijo

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

Hay tres maneras que se pueden emplear para encontrar al PCP correcto para su hijo.

1. Consulte nuestro Directorio de Proveedores impreso.
2. Use la herramienta de búsqueda “Find-A-Doctor” en myuhc.com/CommunityPlan.
3. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**. Nosotros podremos contestar a sus preguntas y ayudarle a encontrar a un PCP cerca de usted.

Conozca más acerca de los doctores de la red

Usted puede obtener información acerca de los doctores en la red, tales como sus certificaciones y de los idiomas que ellos hablan, acudiendo a myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Miembros. Podemos darle la siguiente información: nombre, dirección, calificaciones profesionales, especialidad, escuela de medicina a la que asistió, residencias obtenidas y certificaciones otorgadas por colegios.

Una vez que ha escogido a un PCP, llame a Servicios para Miembros e infórmenos. Nosotros nos aseguraremos que los récords de su hijo están actualizados. Si usted no quiere escoger a un PCP, UnitedHealthcare puede escoger alguno para usted, basándonos en su localización y en el idioma que usted hable.

Para cambiar de PCP

Es importante que a usted le agrade y confíe en el PCP de su hijo. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Llame a Servicios para Miembros y podemos ayudarlo a realizar el cambio.

Centros de salud calificados federalmente (FQHC)

Nosotros también tenemos contratos con varios Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC). Todos los FQHC brindan atención primaria y especializada. Algunos consumidores desean obtener su atención de FQHC porque los centros tienen una larga historia en la comunidad. Tal vez quieras probarlos porque son fáciles de conseguir. Debe saber que tiene una opción. Puede elegir uno de nuestros proveedores, o puede inscribirse con un Proveedor de atención primaria en uno de los FQHC con los que trabajamos, están inscritos en el directorio de proveedores. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, para obtener ayuda.

Revisiones anuales

La importancia de la revisión anual de su hijo

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

Si recibe una factura

Si se le solicita que pague un servicio y no está seguro de si está cubierto, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-493-4647**, TTY **711**, antes de pagar por el servicio.

A continuación, se mencionan algunas importantes revisiones de salud. Que tan frecuentemente tiene su hijo esas revisiones dependerá en su edad y en los factores de riesgo que tenga. Consulte con su doctor para conocer cuál es lo correcto en su caso.

Exámenes del bienestar para niños

Las citas para revisar el bienestar del niño se hacen 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

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

- **Hepatitis A y 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

Horario de los exámenes médicos

Es importante hacer sus exámenes del bienestar a 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	a los 4 años
a los 12 meses	una vez al año después de la edad de 5 años

Para ir al doctor

- **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

Para hacer una cita con su PCP

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

¿Cuánto se tomará para que su hijo pueda ver a su PCP?

Para emergencias	Inmediatamente o ser referido a una sala de emergencias.
Para urgencias (pero sin que sea una emergencia)	Dentro de 48 horas.
De rutina	Dentro de 14 días.
De prevención, vistas para el bienestar del niño o visitas regulares	Dentro de 4 semanas.

- Primera visita prenatal: dentro de 3 semanas durante el 1er trimestre (2 semanas durante la 2^a, 1 semana durante la 3^a)
- Primera visita al recién nacido: dentro de 2 semanas posteriores al alta hospitalaria
- Primera visita de planificación familiar: dentro de 2 semanas
- Visita de seguimiento después de una visita a la sala de emergencia o hospital de salud mental/abuso de sustancias: dentro de 5 días
- Visita no urgente de salud mental o abuso de sustancias: dentro de 2 semanas

Preparación para la cita de su hijo con su PCP

Antes de la visita

- 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 su hijo tome regularmente.

Durante la visita

Cuando usted vea al doctor de su hijo, 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

Si su hijo necesita atención y la oficina de su proveedor está cerrada

Llame al PCP de su hijo si necesita atención que no es una emergencia. El teléfono de su proveedor se atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su proveedor o alguien de la oficina le ayudarán a tomar la decisión correcta para su atención.

Se le puede pedir que:

- Acuda a una clínica fuera del horario de atención o centro de atención de urgencia
- Acuda a la oficina por la mañana
- Acuda a la sala de emergencias (ER)
- Obtenga medicamentos de su farmacia

Las referencias y los especialistas

Una referencia es cuando su PCP le indica que su hijo necesita ir a otro médico que se especializa en la atención de ciertas partes del cuerpo o ciertas condiciones. A este médico se le denomina especialista. Usted 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

No necesita una referencia de su PCP para:

- OB/GYN
- Optometría
- Podiatría
- Dermatólogo
- Profesionales de salud conductual/abuso de sustancias
- Quiroprácticos

Si necesita ver a un especialista para recibir atención continua, es posible que su PCP pueda referirlo para un número específico de visitas o un período de tiempo (una **referencia permanente**). Si tiene una referencia permanente, no necesitará una nueva referencia cada vez que necesite atención.

Si tiene una enfermedad prolongada o una enfermedad incapacitante que empeora con el tiempo, su PCP puede coordinar lo siguiente:

- Que su especialista actúe como su PCP; o
- Una referencia a un centro de atención especializada que se ocupa del tratamiento de su enfermedad

También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda para acceder a un centro de atención especializada.

Si desea que su especialista sea su PCP, debe discutir esto con su especialista y preguntarle al médico si está dispuesto a actuar como su PCP. Eso significa que su especialista sería responsable de administrar sus necesidades generales de salud, coordinar las referencias para pruebas de laboratorio, radiografías y otras visitas a especialistas. Si su especialista está de acuerdo, pídale que le envíe una carta por escrito confirmando que él o ella desea servir como su PCP y la razón por la cual a:

Member Services Director
UnitedHealthcare Community Plan
77 Water Street, 14th Floor
New York, NY 10005

Revisaremos su solicitud y le avisaremos cuando hayamos hecho efectivo el cambio.

Si no contamos con un especialista en la red de UnitedHealthcare que pueda brindarle la atención que necesita, le ofreceremos la atención que necesita de un especialista fuera de la red de UnitedHealthcare. Esto se llama referencia fuera de la red. Su PCP debe llamar al Departamento de Autorizaciones Previas de UnitedHealthcare al 1-866-604-3267, para obtener autorización para que acuda a un especialista que no sea parte de la red de UnitedHealthcare. El especialista debe aceptar trabajar con UnitedHealthcare y aceptar nuestros pagos como pago total. Este permiso se denomina “pre-autorización”. Su PCP le explicará todo esto cuando lo envíe a un especialista que no pertenece a la red de UnitedHealthcare. Consulte la sección “autorización de servicios y acciones” para obtener más información sobre qué documentación debe incluir su solicitud para ver a un proveedor que no pertenece a la red de UnitedHealthcare. Si UnitedHealthcare Community Plan aprueba el uso de un proveedor que no pertenece a la red de UnitedHealthcare, usted no es responsable de ninguno de los costos, excepto los copagos descritos en este manual.

Obtener una segunda opinión

Una segunda opinión es cuando usted desea visitar un segundo doctor por el mismo problema de salud. Usted puede recibir una segunda opinión respecto de todos los servicios cubiertos.

Atención continuada si el PCP de su hijo deja la red

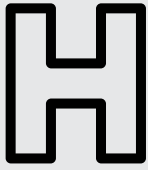
A veces, los PCP abandonan la red. Si esto sucede con el PCP de su hijo, usted recibirá una carta de nosotros informándole. En ocasiones, UnitedHealthcare Community Plan le pagará para que obtenga servicios cubiertos de doctores por un corto tiempo después de que abandonen la red. Es posible que pueda recibir atención y tratamiento continuos cuando el doctor de su hijo abandona la red si su hijo recibe tratamiento activo por un problema médico grave. Por ejemplo, su hijo puede calificar si él o ella reciben quimioterapia para el cáncer cuando su doctor abandona la red. Para solicitar esto, por favor llame a su doctor. Pídale que soliciten una autorización de atención continua y tratamiento de UnitedHealthcare.

Si su hijo necesita atención cuando está fuera de la ciudad

UnitedHealthcare Community Plan pagará la atención de rutina fuera del área solo si:

- Primero llama al PCP de su hijo y él o ella le dice que es importante que lo atienda antes de regresar a su hogar

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos y necesita atención médica, UnitedHealthcare Community Plan no cubrirá los servicios de atención médica que reciba su hijo. Child Health Plus no puede pagar los servicios médicos que su hijo reciba fuera de los Estados Unidos.



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. Algunas razones para acudir a una sala de emergencias incluyen:

- Una enfermedad seria
- Fracturas de huesos
- Ataque cardiaco
- Envenenamiento
- Cortaduras o quemaduras severas

UnitedHealthcare cubre cualquiera de los cuidados de emergencia que su hijo necesite dentro de los Estados Unidos y de sus territorios. Dentro de las primeras 24 horas después de la visita de su hijo a una sala de emergencia, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**. Usted debe llamar también al PCP de su hijo para informarle acerca de esta visita para que usted pueda recibir los cuidados de seguimiento si los necesita.

No pierda tiempo

Si usted necesita cuidados de emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano.

Cuidados urgentes

Las clínicas de cuidados urgentes están ahí para las situaciones en donde su hijo tiene que ver a un doctor para cualquier condición que no es de vida o muerte, pero el PCP de su hijo 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 su hijo tiene un problema que es urgente, llame al PCP de su hijo 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.

Servicios de hospital

En ocasiones la salud de su hijo(a) puede hacer necesario que su hijo(a) 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. El PCP de su hijo le indicará si necesita servicios ambulatorios. La oficina de su doctor puede ayudarle hacer una cita.

Los servicios de hospitalización requieren que su hijo permanezca en el hospital durante la noche. Esto puede incluir una enfermedad seria, cirugía o parto.

Los servicios de hospitalización requieren que su hijo sea admitido (a lo que se le llama admisión de hospitalización) al hospital. El hospital contactará a UnitedHealthcare Community Plan y solicitará la autorización para brindarle los cuidados de salud. Si el doctor que le admite a su hijo en el hospital no es su PCP, usted debe llamar al PCP de su hijo e informarle que lo están hospitalizando.

Planificar el futuro

Es bueno saber qué clínica de atención de urgencias es la más cercana. Puede encontrar una lista de clínicas de atención de urgencias en su directorio de proveedores o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

Para ir al hospital

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

Ambulancia de emergencia

Su hijo puede obtener transporte médico para emergencias. El transporte que no es de emergencia (de rutina) no está cubierto.

UnitedHealthcare cubre los servicios de ambulancia médicamente necesarios cuando cumple con las siguientes condiciones:

- La enfermedad o lesión de su hijo(a) es lo suficientemente grave como para que él/ella solamente pueda ir al hospital en una ambulancia
- Si su hijo(a) va en una ambulancia, debe llevarlo(a) al hospital más cercano con el equipo adecuado para ayudarlo
- Su hijo(a) va de un hospital a otro, a un centro de enfermería especializada o a un hogar de ancianos con licencia

UnitedHealthcare no pagará los siguientes servicios de transporte para no emergencias (transporte de rutina):

- Transporte desde su casa a la oficina del médico de su hijo(a)
- Transporte al área de pacientes ambulatorios de un hospital, a menos que un proveedor de la red o UnitedHealthcare decida que la enfermedad o lesión de su hijo(a) así lo requiere
- Transporte de una casa privada a otra

Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos y necesita atención médica, cualquier servicio médico que su hijo(a) reciba no será cubierto por UnitedHealthcare Community Plan. Child Health Plus no puede pagar los servicios médicos que su hijo(a) reciba fuera de los Estados Unidos.



Farmacia

Medicamentos de receta

Sus beneficios incluyen medicamentos de receta

UnitedHealthcare Community Plan cubre cientos de medicamentos de receta que pueden surtirse en cientos de farmacias. La lista completa de los medicamentos cubiertos está incluida en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). 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?

Es una lista de los medicamentos que están cubiertos bajo su plan. La lista completa de los medicamentos se puede encontrar en su formulario o en internet acudiendo al sitio myuhc.com/CommunityPlan.

Medicamentos genéricos y de nombre

UnitedHealthcare Community Plan requiere que todos los miembros usen medicamentos genéricos cuando se encuentran disponibles. Los medicamentos genéricos tienen ingredientes similares a los medicamentos de nombre — estos medicamentos a menudo cuestan menos, pero ambos actúan de la misma manera.

En algunos casos, se cubre un número limitado de medicamentos de nombre. Estos medicamentos están limitados a ciertas clases (o tipos de medicamentos). Para algunos de ellos es necesario tener previa autorización de parte de UnitedHealthcare Community Plan.

Cambios a la Lista de Medicamentos Preferidos

La lista de los medicamentos cubiertos es revisada periódicamente por el Departamento de Servicios Humanos y puede cambiar cuando medicamentos genéricos se encuentran disponibles.

Medicamentos de venta libre (OTC)

UnitedHealthcare Community Plan también cubre muchos medicamentos de venta libre (over-the-counter – 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 su receta y su tarjeta de identificación a cualquiera de las farmacias de nuestra red para que le surtan el medicamento. OTC incluyen:

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

Para obtener una lista completa de OTC cubiertos, vaya a myuhc.com/CommunityPlan. O llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

Medicamentos inyectables

Los medicamentos inyectables son medicamentos que se aplican dando una inyección y son parte de sus beneficios cubiertos. Su PCP puede recibir la medicina inyectable en el consultorio del médico o en su casa. En algunos casos, su médico le prescribirá una receta para un medicamento inyectable (como la insulina) que puede surtir 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 **1-800-493-4647**, 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
Pharmacy Department
P.O. Box 41566
Philadelphia, PA 19101



Beneficios

Servicios cubiertos y no cubiertos

Consulte su contrato de suscriptor con Child Health Plus para obtener información sobre los beneficios cubiertos y los servicios no cubiertos. Puede obtener información sobre los servicios cubiertos en las Secciones tres a seis del contrato de suscriptor. Los servicios no cubiertos se describen en la Sección ocho.

Elegibilidad para Child Health Plus

La elegibilidad para Child Health Plus se basa en el número de miembros de su familia y en el ingreso familiar. Algunos niños calificarán para la cobertura gratuita de Child Health Plus y otros deberán pagar una prima mensual. Le informaremos si usted tiene que pagar una prima mensual por su hijo(s). En algunos casos, puede pagar la prima completa si el ingreso de su hogar excede los límites de ingresos establecidos por el Estado de New York. Consulte la Sección dos: ¿Quién está cubierto por su Contrato de Suscriptor?

Para renovar su cobertura para Child Health Plus (Recertificación)

Su cobertura de Child Health Plus requiere que renueve o vuelva a certificar su cobertura anualmente. Cada año, New York State of Health le pedirá información sobre los ingresos de su hogar, la edad, la residencia y si tiene otro seguro. Esto es necesario para renovar o recertificar la cobertura de su(s) hijo(s). New York State of Health tiene que recopilar esta información para determinar si su hijo todavía es elegible para el programa Child Health Plus y para determinar el monto de la prima que debe pagar mensualmente por la cobertura. New York State of Health le enviará un formulario de Recertificación de Child Health Plus por correo entre dos (2) o tres (3) meses antes de la fecha de recertificación. Incluirá una lista de lugares donde puede obtener ayuda para completar su formulario de recertificación. Es importante que complete y devuelva su formulario de Recertificación de Child Health Plus antes de la fecha de recertificación. Si no completa su recertificación a tiempo, su(s) hijo(s) perderá(n) la cobertura. Consulte su Contrato de Suscriptor de Child Health Plus para obtener más información.

Beneficios

Cambios en la elegibilidad

Si hay cambios que afecten la elegibilidad de su hijo(s) o cambios en el monto de pago de sus primas durante el año, por favor llame a New York State of Health al 1-855-355-5777 para reportar esos cambios.

Aquí se anotan algunos ejemplos del cambio de circunstancias en una familia:

- Su(s) hijo(s) se mudan fuera del área de servicio del Plan; o
- Usted obtiene otra cobertura del seguro de salud para su(s) hijo(s); y
- Usted se muda a una nueva dirección o cambia su número de teléfono.

Si cualquiera de estos cambios sucede, por favor notifique a New York State of Health al 1-855-355-5777 para informar estos cambios. Nuestros representantes le asistirán con mucho gusto para reportar los cambios. Otros cambios en la elegibilidad pueden también cambiar el monto de las primas que usted paga por su cobertura. Estos incluyen:

- Una disminución en el ingreso del hogar debido a un cambio de trabajo, matrimonio o divorcio, manutención de menores u otra fuente de ingresos
- Un aumento o disminución en el número de personas en el hogar del niño

Pago de primas para Child Health Plus

Es posible que cuando inscribió a su(s) hijo(s) en Child Health Plus, pudiera tener que pagar una prima por la cobertura. Child Health Plus es un plan de salud de prepago, lo que significa que usted paga las primas antes del mes de cobertura. Esta cantidad puede variar para cada familia inscrita en Child Health Plus según sea el ingreso y el tamaño de su hogar. Su pago de la prima debe ser recibido por UnitedHealthcare Community Plan en o antes de la última fecha de su período de gracia o su cobertura será cancelada.

Cómo funciona el proceso de facturación de sus primas

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una factura cada mes por el monto de la prima. UnitedHealthcare Community Plan le facturará dos meses antes del mes de cobertura y el pago vence un mes antes del mes de cobertura. También proporcionamos un período de gracia para recibir su pago. Su pago debe ser recibido por UnitedHealthcare Community Plan el día o antes del último día del período de gracia o la cobertura de su(s) hijo(s) será cancelada. Para inscribirse nuevamente, tendrá que volver a presentar una solicitud ante Child Health Plus.

Beneficios

Ciclo de facturación para cantidades de primas mensuales de \$9 a \$60 por niño por mes

Si su prima mensual por niño es entre \$9 y \$60 por mes, la tabla a continuación explica cuándo le enviaremos una factura y cuándo vence el pago. Si tiene más de tres niños cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan, solo pagará una prima hasta por tres niños. Le recomendamos que envíe su pago con tiempo suficiente para que lo recibamos antes de que expire el período de gracia.

Mes de facturación	Fecha de envío	Fecha de vencimiento	Último día de gracia
Enero	Noviembre 5	Diciembre 1	Enero 31
Febrero	Diciembre 5	Enero 1	Febrero 28/29
Marzo	Enero 5	Febrero 1	Marzo 31
Abril	Febrero 5	Marzo 1	Abril 30
Mayo	Marzo 5	Abril 1	Mayo 31
Junio	Abril 5	Mayo 1	Junio 30
Julio	Mayo 5	Junio 1	Julio 31
Agosto	Junio 5	Julio 1	Agosto 31
Septiembre	Julio 5	Agosto 1	Septiembre 30
Octubre	Agosto 5	Septiembre 1	Octubre 31
Noviembre	Septiembre 5	Octubre 1	Noviembre 30
Diciembre	Octubre 5	Noviembre 1	Diciembre 31

Ciclo de facturación para el pago de primas mensuales completas

Si debe pagar una prima mensual completa por niño (generalmente más de \$150 por niño por mes), la tabla siguiente explica cuándo le enviaremos una factura y cuándo vence el pago. Si paga la prima completa, debe pagar una prima por cada niño cubierto en su hogar. Las primas no están limitadas a tres niños para los pagadores de la prima completa. Le recomendamos que envíe su pago con tiempo suficiente para que lo recibamos antes de que expire el período de gracia.

Mes de facturación	Fecha de envío	Fecha de vencimiento	Último día de gracia
Enero	Noviembre 5	Diciembre 1	Diciembre 31
Febrero	Diciembre 5	Enero 1	Enero 31
Marzo	Enero 5	Febrero 1	Febrero 28/29
Abril	Febrero 5	Marzo 1	Marzo 31
Mayo	Marzo 5	Abril 1	Abril 30
Junio	Abril 5	Mayo 1	Mayo 31
Julio	Mayo 5	Junio 1	Junio 30
Agosto	Junio 5	Julio 1	Julio 31
Septiembre	Julio 5	Agosto 1	Agosto 31
Octubre	Agosto 5	Septiembre 1	Septiembre 30
Noviembre	Septiembre 5	Octubre 1	Octubre 31
Diciembre	Octubre 5	Noviembre 1	Noviembre 30

Debemos recibir el pago de sus primas el día o el último día del final del período de gracia o la cobertura de su(s) hijo(s) será terminada.

¿Tengo que pagar por cualquier servicio?

No. Los suscriptores de Child Health Plus no pagan por los servicios cubiertos de un proveedor bajo contrato. Todos los servicios cubiertos se encuentran disponibles con \$0 de copago. Usted tendrá que pagar por servicios si:

- Su hijo recibe servicios de un proveedor que no forma parte de nuestra red; o
- Su hijo recibe servicios por fuera del área de servicios del plan; o
- Su hijo recibe servicios que no sean por una emergencia en una sala de emergencias.

¿Qué pasa si yo no pago la prima de mí hijo?

Algunas personas tienen que pagar una prima para sus hijos inscritos en Child Health Plus. UnitedHealthcare Community Plan le facturará dos meses antes del mes de cobertura y el pago vence un mes antes del mes de cobertura. También proporcionamos un período de gracia para que recibamos su pago. Consulte la tabla del ciclo de facturación anterior para obtener más información sobre pagos de primas y fechas de vencimiento.

Si tiene que pagar una prima, es importante que pague la prima de cada niño inscrito en UnitedHealthcare Community Plan antes de la fecha de vencimiento de la prima. Si no recibimos su pago de la prima antes del último día del período de gracia, su hijo será dado de baja de Child Health Plus.

Le enviaremos un aviso por escrito informándole que la cobertura de su hijo finalizará antes de que finalice el período de gracia. Si tiene preguntas acerca de UnitedHealthcare Community Plan recibiendo o no el pago de la prima o si desea saber cuándo vence el pago, llame al número gratuito 1-877-229-3439.

Información importante del plan – NY Child Health Plus

UnitedHealthcare ofrece nuevas formas para facilitar el pago de su prima. Los miembros de UnitedHealthcare Child Health Plus ahora pueden pagar su prima por internet iniciando la sesión en myuhc.com.

Los miembros también pueden pagar su prima mensual por teléfono las 24 horas del día, los 7 días a la semana, utilizando nuestro sistema automático de pago de facturas. Llame al **1-877-229-3439**, TTY **711**.

Los miembros también pueden enviar por correo el pago de su prima por cheque o giro postal a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
P.O Box 785462
Philadelphia, PA 19178-5462

Como siempre, si usted prefiere hablar con un representante de servicios al cliente para hacer su pago, puede llamar al **1-877-229-3439**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes. Nosotros valoramos a nuestros miembros y siempre estamos buscando nuevas formas para ayudar a nuestros miembros a obtener la atención médica que necesitan. Gracias por escoger UnitedHealthcare.

Los miembros también pueden enviar el pago de su prima por correo durante la noche.

Dirección para el correo durante la noche:

UnitedHealthcare Community Plan
Lock Box # 5462
Wells Fargo Bank Y1372-045
401 Market Street
Philadelphia, PA 19106

¿Puede terminarse la cobertura de mí hijo?

UnitedHealthcare Community Plan puede, a su discreción, discontinuar este plan de beneficios por las siguientes razones:

- a. No pagar la prima mensual de su hijo (s) a tiempo
- b. Pérdida de elegibilidad para Child Health Plus (su hijo cumple 19 años, es elegible para Medical Assistance o está inscrito en otra cobertura de salud)
- c. Reportando información falsa
- d. Permitiendo que otras personas usen la tarjeta de identificación de su hijo(s)
- e. Usted y su(s) hijo(s) cubierto(s) se han mudado fuera del área de servicios
- f. Presentando una solicitud por escrito de un miembro para terminar la cobertura
- g. Terminación del acuerdo de Child Health Plus entre UnitedHealthcare of New York, Inc., y el Estado de New York
- h. Por fallecimiento

Autorización de servicios y acciones previa autorización

Autorización previa

Existen algunos tratamientos y servicios para los que debe obtener la aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibiendo los mismos. Esto se llama **autorización previa**. Usted o alguien en quien confíe puede solicitarlo. Su proveedor de atención médica puede solicitarlo en su nombre. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de obtenerlos:

- Admisiones hospitalarias para pacientes internados, que incluyen atención médica, salud del comportamiento, cirugía y maternidad
- Servicios de instalaciones de enfermería especializada
- Servicios de cuidado de salud en el hogar
- Equipo médico duradero (DME) de más de \$500
- Dispositivos protésicos y ortopédicos de más de \$500
- Cirugía cosmética y reconstructiva
- Evaluaciones y cirugía de derivación gástrica
- Terapia de infusión
- Servicios de hospicio, pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Servicios avanzados de radiología, incluyendo los exámenes de radiología nuclear y medicina nuclear, resonancia magnética, MRA, PET y CT
- Servicios de atención médica experimentales o de investigación
- Servicios fuera de la red o fuera del Estado
- Servicios de salud mental o para el abuso de sustancias, pacientes hospitalizado y ambulatorio
- Terapia física, ocupacional y del habla después de la vigésima visita. Esta limitación no se aplica a los miembros menores de 21 años ni a los discapacitados del desarrollo ni a los miembros que sufren una lesión cerebral traumática
- Evaluaciones de trasplante
- Medicamentos recetados que no están en la Lista de medicamentos preferidos

A pedir la aprobación de un tratamiento o servicio se le llama **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener aprobación para estos tratamientos o servicios, su médico o proveedor de atención médica debe llamar al Departamento de Autorizaciones Previas de UnitedHealthcare Community Plan al 1-866-604-3267, o su doctor o proveedor de atención médica puede enviar una solicitud por escrito o por fax al 1-866-950-4490.

UnitedHealthcare Community Plan sigue un proceso para buscar nuevos procedimientos médicos, tratamientos y medicamentos una vez que se determina que son seguros y están aprobados para su uso por un grupo nacional reconocido de expertos doctores (por ejemplo, la FDA o la Administración de Alimentos y Medicamentos). Una vez que esto ocurre, hay un proceso interno de revisión y aprobación que se usa para poner en producción los nuevos procedimientos, tratamientos y medicamentos, de modo que se convierta en un beneficio cubierto para usted.

Las solicitudes escritas del doctor o proveedor de atención médica se pueden enviar a:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

También deberá obtener una autorización previa si está recibiendo uno de estos servicios ahora, pero necesita continuar o recibir más atención. Esto incluye una solicitud de atención médica domiciliaria mientras se encuentra en el hospital o después de que acaba de ser dado de alta del hospital. Esto se llama **revisión concurrente**.

Los servicios de atención médica domiciliaria (HHC) que siguen después de un ingreso hospitalario para pacientes hospitalizados se evalúan y determinan de la misma manera que si ya está recibiendo el servicio ahora, pero necesita continuar o recibir más atención (revisión concurrente).

Qué sucede después que hemos recibido su solicitud de autorización de servicio:

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para asegurarse que usted recibe los servicios que están cubiertos por nuestro plan si son médicamente necesarios. Los doctores y las enfermeras son las personas que se encuentran en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse que el tratamiento o servicio que solicitó es médicamente necesario y adecuado para usted. Lo hacen verificando su plan de tratamiento comparándolo con los estándares médicamente aceptables.

Cualquier decisión denegando una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto inferior a la solicitada se denomina **decisión de denegación inicial**. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de la salud calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, un revisor clínico calificado tomará la decisión, esa persona puede ser un doctor o un profesional de atención médica que generalmente brinda la atención médica que usted solicitó. Usted o alguien de su confianza puede solicitar las normas médicas específicas, llamadas **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar decisiones sobre acciones relacionadas con la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud de servicio, la revisaremos a través de un proceso **estándar** o **acelerado**. Usted o su doctor pueden solicitar una revisión acelerada si piensan que un retraso causará un daño grave a su salud. Si se rechaza su solicitud a una revisión acelerada, se lo informaremos y su caso será manejado según el proceso de revisión estándar. Si está hospitalizado o acaba de darse de alta del hospital y recibimos una solicitud de atención médica domiciliaria, manejaremos la solicitud como una revisión acelerada.

Beneficios

Le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud es aprobada o denegada. También le diremos las razones para esa decisión. Explicaremos qué opciones para una apelación tendrá si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Plazos para solicitudes de autorización previa:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha en que hayamos recibido toda la información que necesitamos, pero usted recibirá nuestra respuesta a más tardar 14 días después de que recibamos su solicitud. Le avisaremos antes del día 14 si necesitamos más información.
- **Revisión acelerada:** Tomaremos una decisión y usted será informado dentro de 3 días hábiles. Le diremos antes del tercer día de trabajo si necesitamos más información.
Intentaremos comunicarle nuestra decisión por teléfono y le enviaremos un aviso por escrito más tarde.

Tiempo de consideración para la revisión de solicitudes concurrentes:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión dentro de 1 día laboral a partir del día en que tengamos toda la información que necesitamos, pero usted será informado a más tardar 14 días después de que nosotros hayamos recibido su solicitud. Le avisaremos antes del día 14 si necesitamos más información.
- Con respecto a las solicitudes de atención médica domiciliaria (HHC) inmediatamente después de haber estado internado en un hospital, tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil a partir de cuando tengamos toda la información que necesitamos, pero recibirá nuestra respuesta a más tardar 14 días después que hemos recibido su solicitud o dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la recepción de la información necesaria cuando el día después de la fecha de solicitud cae en un fin de semana o día feriado.
- **Revisión acelerada:** Tomaremos una decisión dentro de 1 día laboral después de recibir toda la información que necesitamos. Sin embargo, si usted está en el hospital o acaba de ser dado de alta y solicita atención médica domiciliaria un viernes o un día antes de un día feriado, tomaremos una decisión a más tardar a las 72 horas de cuando tengamos toda la información que necesitamos. En todos los casos, nos comunicará con nosotros a más tardar 3 días hábiles después de recibir su solicitud. Le diremos antes del tercer día de trabajo si necesitamos más información.
Intentaremos comunicarle nuestra decisión por teléfono y le enviaremos un aviso por escrito más tarde.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su solicitud de servicio, haremos lo siguiente:

- Escribir y decirle qué información es necesaria. Si su solicitud se encuentra en una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito más tarde.
- Explicar la razón por la demora y que es en su beneficio.
- Tomar una decisión a más tardar 14 días después del día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza pueden también solicitar que tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que hay más información que comunicarle al plan para que lo ayuden a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al **1-800-493-4647**, TTY **711**, o por fax al 1-866-950-4490.

Se pueden enviar solicitudes escritas por doctores o proveedores de servicios de salud a:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

Le notificaremos nuestra decisión antes de la expiración del tiempo para nuestra revisión. Pero si por alguna razón no recibe usted noticias nuestras para esa fecha, significa que hemos denegado su solicitud de autorización de servicio. Si no está satisfecho con esta respuesta, tiene derecho a presentarnos una apelación de acción. Vea la sección Apelación de Acciones más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su cuidado

En ocasiones haremos una revisión concurrente sobre la atención médica que está recibiendo para conocer si aún necesita esos cuidados. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que usted ya recibió. A esto se llama **revisión retrospectiva**. Le diremos si vamos a realizar esas revisiones.

Revisión de utilización

Revisamos los servicios de salud para determinar si los servicios son o eran Médicamente necesarios o experimentales o de investigación (“Médicamente necesarios”). Este proceso se llama Revisión de la utilización. La Revisión de utilización incluye todas las actividades de revisión, ya sea que tengan lugar antes de que se realice el servicio (autorización previa); cuando se está realizando el servicio (concurrente); o después de que el servicio sea realizado (retrospectivo). Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de Revisión de utilización o necesita ayuda, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes. Hay ayuda con el idioma disponible.

Manejo de enfermedades y cuidados

Si padece una afección crónica como asma o diabetes, UnitedHealthcare Community Plan tiene un programa que lo ayudará a vivir con su condición y a mejorar su calidad de vida. Estos programas son voluntarios y están disponibles sin costo para usted. Los programas le brindan información importante sobre su estado de salud, medicamentos, tratamientos y la importancia de las visitas de seguimiento con su doctor.

Un equipo de enfermeras registradas y trabajadores sociales trabajará con usted, su familia, su PCP, otros proveedores de atención médica y recursos comunitarios para diseñar un plan de cuidados que satisfaga sus necesidades en el entorno más apropiado. También pueden ayudarlo con otras cosas como la pérdida de peso, dejar de fumar, concertar citas con su médico y recordarle las pruebas especiales que pueda necesitar.

Usted o su médico pueden llamarnos para preguntarnos si nuestros programas de administración de cuidados o control de enfermedades podrían ayudarlo. Si usted o su doctor consideran que un Administrador de Cuidados podría ayudarlo o si desea obtener más información sobre nuestros programas de administración de los cuidados o de administración de enfermedades, llámenos al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

Programas para el bienestar

UnitedHealthcare Community Plan tiene muchos programas y herramientas para ayudarlo a usted y a su familia a mantenerse sanos, incluyendo:

- Cuidados del embarazo y clases de crianza
- Clases de nutrición
- Recordatorios de cuidado de salud

Su proveedor puede sugerirle uno de estos programas. Si desea obtener más información o encontrar un programa cerca de usted, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.



Otros detalles del plan

Cómo encontrar a un proveedor dentro de la red

Nosotros facilitamos el proceso para encontrar a un proveedor de nuestra red 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 **1-800-493-4647**, TTY **711**. Nosotros podemos localizar a un proveedor para usted. También, si así lo desea, podemos enviarle por correo un Directorio de Proveedores.

Directorio de Proveedores

Usted tiene disponible un Directorio de Proveedores en su área. El directorio anota las direcciones y números de teléfonos de los proveedores dentro de nuestra red.

La información de los proveedores cambia a menudo. Visite nuestro sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan para obtener la más reciente lista. También, usted puede consultar el directorio de proveedores en nuestro sitio en internet o pulsar sobre “Find a Provider” – “Para encontrar un Proveedor” para usar la herramienta de búsqueda en el directorio electrónico.

Si usted desea obtener una copia impresa de nuestro Directorio de Proveedores, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, y le enviaremos una copia por correo.

Otros detalles del plan

Encuesta para los miembros

Cada año, UnitedHealthcare les solicita a algunos de los miembros su opinión acerca de UnitedHealthcare Community Plan. Esta encuesta nos ayuda a decidir cuáles son las áreas en donde debemos trabajar para hacer mejoras y saber cuáles son aquellas que ya estamos haciendo bien.

Si usted recibe esta encuesta respóndala por favor. Una compañía independiente hace esta encuesta y nosotros no podemos ver sus respuestas. Su privacidad está protegida. Sus respuestas no son usadas para que nosotros tomemos decisiones acerca de los cuidados de salud para usted o para su familia. Sus respuestas, así como las respuestas de muchos otros miembros, son combinadas para dejarnos saber cómo estamos desempeñando nuestra labor. Esta es una oportunidad para que usted nos otorgue una "calificación". Queremos saber qué piensa usted.

Fraude y abuso

Cualquier persona puede reportar un fraude o un abuso potencial. Si usted conoce acerca de un fraude o de un abuso que se comete, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, para reportarlo. Algunos ejemplos de fraude o de abuso son:

- Recibiendo beneficios en New York y en otro estado simultáneamente
- Alterando o falsificando recetas de medicamentos
- Obteniendo beneficios para los cuáles no se es elegible
- Prestando la tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan a otra persona
- Haciendo un uso excesivo de sus beneficios
- Cuando los doctores u hospitales le facturan a usted o a UnitedHealthcare por servicios que no se le impartieron
- Cuando los doctores u hospitales facturan más de una vez por servicios que usted recibió solamente en una ocasión
- Que los doctores presentan documentación falsa ante UnitedHealthcare para que usted pueda recibir servicios que solamente se proveen si son médicamente necesarios

Su opinión se toma en cuenta

¿Tiene usted ideas que pueden mejorar la manera en que UnitedHealthcare Community Plan labora? Hay muchas formas en las cuáles usted nos puede decir que es lo que piensa.

- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**
- Escribanos a:
UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

Comité Asesor de Miembros

Nosotros también tenemos un Comité Asesor de Miembros que se reúne cada tres meses. Si desea unirse a nosotros, llame a Servicios para Miembros.

Política de no discriminación

UnitedHealthcare members have the right to receive services from the HMO without discrimination due to age, sex, color, race, religion or national origin. We encourage any member who feels unfair discrimination has occurred to file a complaint in accordance with the UnitedHealthcare complaint and appeals procedure. We are committed to making sure our members are treated fairly.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Sus derechos

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene derecho a:

- Obtener información acerca de UnitedHealthcare, sus servicios, sus doctores y proveedores y acerca de los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Ser atendido con respeto, dignidad y privacidad, sin tener en cuenta el estado de salud, sexo, raza, color, religión, origen nacional, edad, estado civil u orientación sexual.
- Saber dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de UnitedHealthcare Community Plan.
- Recibir de su PCP explicaciones para que usted entienda cuál es el problema, lo que se puede hacer por usted y cuál sería el resultado probable.
- Obtener una segunda opinión acerca de sus cuidados por un proveedor de nuestra red o por un proveedor fuera de la red sin costos adicionales en el caso que un proveedor para una segunda opinión no se encuentra disponible dentro de nuestra red.
- Solicitar una copia del contrato de suscriptor de pago directo individual más reciente.
- Aprobar cualquier tratamiento o plan para su atención médica después de recibir una explicación completa acerca de ese plan.
- Rechazar la atención médica y que se le informe acerca de los riesgos que eso implica.
- Obtener una copia de su expediente médico, hablar con su PCP y pedir, si es necesario, que sea enmendado o corregido.
- Asegurarse de que sus récords médicos sean privados y no se compartan con otra persona, excepto según en los casos requeridos por ley, por contrato o con su aprobación.
- Utilizar el sistema de quejas de UnitedHealthcare para presentar las quejas, o puede hacerlo al Departamento de Salud del estado de New York o al Departamento local de Servicios Sociales cada vez que sienta que no fue tratado en forma justa.
- Designar a una persona (familiar, amigo, abogado, etc.) para que hable sobre su atención médica y tratamiento si usted no puede hacerlo.
- Recibir atención médica considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias.
- Tener una franca discusión acerca de las opciones de tratamientos apropiados o medicamentos necesarios para su condición, sin importar el costo o la cobertura de beneficios.
- Hacer recomendaciones acerca de los derechos y responsabilidades de los miembros en la organización.

Otros detalles del plan

Si usted recibe una factura

UnitedHealthcare provee una amplia variedad de servicios para los cuidados de salud sin ningún costo para usted. Usted nunca tiene que pagar nada a su PCP o a ningún otro proveedor participante de UnitedHealthcare. Usted no debe recibir ninguna factura por cualquiera de los servicios aprobados que se ofrecen a través de UnitedHealthcare cuando usted los obtiene de un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

Si a usted, un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan le pide pagar por servicios, recuérdelo a esa oficina que usted está cubierto por el proveedor UnitedHealthcare Community Plan y muéstrelas su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, para obtener ayuda. A usted se le puede pedir que pague por servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. A usted no se le puede cobrar por ninguno de esos servicios a menos que usted entienda y esté de acuerdo en pagar y lo haga antes que le brinden el servicio por el cual le quieren cobrar.

Si usted recibe una factura, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-493-4647**, TTY **711**, y un representante le ayudará a resolver el problema. La mayoría de las facturas deben incluir un número de teléfono al cual usted puede llamar para dar su número de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan y pedirles que envíen esa factura a UnitedHealthcare Community Plan.

Si a usted le piden que pague por un servicio y usted no está seguro, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al 1-800-493-4647, TTY 711, antes de pagar por el servicio.

Si usted pagó una factura y quiere que se reembolse el pago, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-493-4647**, TTY **711**, y un representante le asistirá.

Sus responsabilidades

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, coincide en:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud
- Saber cómo funciona su sistema de atención médica
- Escuchar el consejo de su PCP y formular preguntas cuando tiene dudas
- Llamar o regresar a su PCP si no se siente mejor, o pedir una segunda opinión
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que espera para usted
- Comunicarnos si tiene problemas con algún personal de atención médica. Llamar a Servicios para Miembros
- Asistir a sus citas. Si debe cancelarla, llámenos tan pronto como pueda.
- Usar la sala de emergencias solamente para emergencias verdaderas
- Llamar a su PCP cuando necesita atención médica, incluso fuera de horas de consulta

- Suministrar información verdadera y completa que la organización, sus doctores y sus proveedores necesitan para poder proveer los cuidados
- Seguir los planes y las instrucciones para los cuidados con los que usted y su doctor han estado de acuerdo
- Entender los problemas de salud y participar en el desarrollo de metas a través de tratamientos acordados mutuamente

Directrices anticipadas

Es posible que exista un momento que no pueda decidir sobre su propia atención médica. Al planificarlo con anticipación, puede decidir ahora cómo hacer que se cumplan sus deseos.

- Primero, informe a su familia, amigos y doctor qué clases de tratamientos desea y cuáles no.
- Segundo, puede designar a una persona adulta de su confianza para que tome las decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia y demás personas cercanas; así sabrán lo que usted quiere.
- Tercero, es mejor si escribe lo que piensa. Los documentos enumerados a continuación pueden ayudarlo. No necesita emplear a un abogado, pero es posible que desee hablar con alguno acerca de este tema.

Puede cambiar de opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a comprender y obtener estos documentos. No modifican su derecho a recibir beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es permitirle a los demás saber lo que desea si usted no puede hablar por sí mismo.

Poder Notarial acerca de sus Cuidados Médicos — Con este documento, usted nombra a otro adulto de su confianza (generalmente un amigo o miembro de la familia) para que decida sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo. Si lo hace, debe hablar con la persona, para que sepa que es lo que usted quiere.

CPR y DNR — Tiene derecho a decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para restablecer su función cardíaca o pulmonar en caso de que su respiración o su circulación sanguínea se detuvieran. Si no desea recibir ningún tratamiento especial, incluyendo la resucitación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, CPR), debe expresarlo por escrito. Su PCP proveerá una orden de DNR (no-resucitar) en sus expedientes médicos. También puede llevar con usted un formulario DNR y/o un brazalete para que cualquier proveedor médico de emergencia conozca sus deseos.

Tarjeta de donación de órganos — Esta tarjeta, que puede llevarse en su billetera, expresa que usted está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otros cuando fallece. Además, verifique en su licencia de conducir que se establece su deseo y la manera de donar sus órganos.

Reclamaciones y apelaciones

Existen algunos tratamientos y servicios que necesitan aprobación antes de su realización o para que pueda continuar recibéndolos. Esto se conoce como **autorización previa**. Solicitar la aprobación para un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicios**. Este proceso se ha descrito anteriormente en este manual. Toda decisión para denegar una solicitud de autorización de servicio o para aprobarla por un monto menor que el solicitado se denomina una **acción**.

Si usted no está satisfecho con nuestra decisión acerca de sus cuidados de salud, puede tomar ciertas medidas.

Su proveedor puede pedir reconsideración

Si nuestra decisión acerca de su solicitud para una autorización de servicio es la de no ser médicamente necesario, es experimental o investigativo y no hemos hablamos con su doctor, éste puede pedir hablar con el Director Médico del plan. El Director Médico hablará con su doctor en un plazo de un día hábil.

Usted puede presentar una reclamación:

- Si recibe una denegación o nosotros no pagamos por una referencia médica.
- Si usted recibe una denegación por un beneficio que no tiene cobertura.
- Usted puede hacerlo por usted mismo o preguntar a otra persona de su confianza para que presente una reclamación en su nombre. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Nosotros no le trataremos de manera diferente o con malicia hacia usted por haber presentado una reclamación.
- Las reclamaciones pueden presentarse por teléfono o por escrito. Si usted presenta una reclamación por escrito, debe hacer un seguimiento por escrito. Usted debe firmar la reclamación por escrito antes de enviárnosla.
- Usted puede solicitarle a una persona de su confianza (como por ejemplo a su representante legal, a un miembro de su familia o a un amigo), y ellos pueden presentar una reclamación por usted.
- Si usted necesita de nuestra ayuda por tener una discapacidad de audición o de visión o si usted necesita servicios de interpretación o necesita ayuda para llenar las formas, nosotros podemos ayudarle.
- Nosotros no haremos las cosas más difíciles para usted o no tomaremos ninguna acción en contra suya por haber presentado una reclamación.

Qué pasa después de que recibamos su reclamación

Dentro de 15 días, le enviaremos una carta para dejarle saber que estamos trabajando en su reclamación. En esta carta le diremos que:

- Hemos recibido su reclamación
- Cuál es el nombre de la persona que está laborando en su reclamación
- Cómo puede ponerse en contacto con alguna persona en el plan de salud acerca de su reclamación
- Si necesitamos más información

Todas las reclamaciones se resolverán tan pronto como sea posible y no más tarde de 48 horas después de recibir toda la información necesaria cuando un retraso pudiera significar un aumento en el riesgo de su salud o trataremos de resolverla dentro de 30 días después de recibir toda la información necesaria cuando se trata de referencias médicas o decisiones relacionadas a la cobertura de un beneficio.

Usted será notificado por escrito acerca de las razones por nuestra decisión y acerca del proceso para presentar una apelación acerca de la decisión de una reclamación.

Usted puede presentar una apelación:

- Si usted no está satisfecho acerca de nuestra decisión para la autorización del servicio que solicita, usted tiene 60 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta/notificación para presentar una apelación.
- Usted puede hacerlo por usted mismo o solicitar a otra persona de su confianza que presente una apelación en su nombre. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, si usted necesita ayuda para presentar una apelación.
- Nosotros no le trataremos de manera diferente o con malicia hacia usted por haber presentado una apelación.
- Las apelaciones pueden presentarse por teléfono o por escrito. Si usted presenta una apelación por escrito, debe hacer un seguimiento por escrito. Usted debe firmar la apelación por escrito antes de enviárnosla.
- Usted puede solicitarle a una persona de su confianza (como por ejemplo a su representante legal, a un miembro de su familia o a un amigo), y ellos pueden presentar una apelación por usted.
- Si usted necesita de nuestra ayuda por tener una discapacidad de audición o de visión o si usted necesita servicios de interpretación o necesita ayuda para llenar las formas, nosotros podemos ayudarle.
- Nosotros no haremos las cosas más difíciles para usted o no tomaremos ninguna acción en contra suya por haber presentado una apelación.

Otros detalles del plan

Por favor, envíe todas las apelaciones por escrito a:

Attn: Member Complaints, Grievances and Appeals
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Su apelación de acciones se revisará como una revisión acelerada si:

- Usted o su doctor solicitan que la apelación de acciones se revise como una revisión acelerada. Su doctor tendrá que explicar porque un retraso causaría daños a su salud. Si su solicitud de revisión acelerada fue denegada, se lo notificaremos y su apelación de acciones se revisará como una revisión estándar.
- Su solicitud fue denegada cuando pidió continuar recibiendo la atención médica que recibe ahora o necesita extender un servicio proporcionado.
- Su solicitud fue negada cuando usted solicitó cuidados de salud en el hogar después de haber estado hospitalizado.
- Las apelaciones de acciones de revisión acelerada se pueden presentar por teléfono y no es necesario un seguimiento por escrito.

Qué sucede después de recibir su apelación de acciones

En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación de acciones. La carta detallará:

- Que recibimos su apelación
- Quién está trabajando en su apelación
- Cómo contactar alguien del plan de salud acerca de su apelación
- Si necesitamos más información

Las apelaciones de acciones acerca de asuntos clínicos serán decididas por profesionales de la atención médica calificados que no tomaron la primera decisión y al menos uno de ellos será un compañero revisor clínico.

Las decisiones que no son clínicas estarán a cargo de personas que trabajan en un nivel superior que aquellas que trabajaron en su primera decisión. Antes y durante la apelación de medidas usted y una persona designada por usted pueden ver su expediente del caso, incluso las historias clínicas y cualquier otro documento y expedientes utilizados para tomar una decisión en su caso.

Usted también puede proporcionar información en persona o por escrito que se utilizará para tomar la decisión. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, si no está seguro de cuál es la información que debe presentar. Si usted está apelando una decisión nuestra acerca de un servicio que solicitó por fuera de nuestra red y nuestra decisión fue que el servicio fuera de la red que solicitó no era diferente de un servicio disponible en nuestra red, solicite a su doctor que nos envíe:

1. Una declaración por escrito describiendo que el servicio que solicitó es diferente al servicio que tenemos en nuestra red; y
2. Dos referencias con evidencia médica (artículos publicados o estudios científicos) que muestren que el servicio que solicitó es mejor para usted y no le causará más daño que el servicio que tenemos en nuestra red.

Se le informará de las razones para nuestra decisión y nuestro fundamento clínico, si corresponde.

Si aún no está satisfecho, se le explicarán otros recursos para sus derechos de apelación o usted o alguien de su confianza puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125.

Plazos para las apelaciones de acciones:

- **Apelaciones de acciones estándar:** Si tenemos toda la información necesaria, le informaremos sobre nuestra decisión en treinta (30) días posteriores a su apelación de acciones. Se le enviará una notificación por escrito acerca de nuestra decisión en un plazo de 2 días hábiles a partir de la fecha en que se tomó la decisión.
- **Apelaciones de acciones de revisión acelerada:** Si tenemos toda la información necesaria, las decisiones de apelaciones aceleradas se tomarán dentro de 2 días hábiles de su apelación de acciones.
- Le informaremos dentro de 3 días hábiles de la apelación de acciones si necesitamos más información. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y también le enviaremos una notificación por escrito después.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su apelación de acciones:

- Le avisaremos por escrito acerca de la información que es necesaria. Si su solicitud es por una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación escrita después.
- Le explicaremos por qué el retraso es para su bien.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también puede pedir que nos tomemos más tiempo para tomar la decisión. Puede ser porque tiene más información para entregarle al plan que podría ayudar a decidir su caso. Esto se puede realizar llamando al número gratuito **1-800-493-4647**, TTY **711**, o por escrito. Envíe las solicitudes por escrito a:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Otros detalles del plan

Usted o alguien de su confianza pueden presentar una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación de acción. Puede presentar esta queja al plan de salud llamando a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647** (si tiene problemas de audición, comuníquese con el Servicio de Transmisión TDD al **711**) o con el Departamento de Salud del estado de New York al **1-800-206-8125**.

Si la denegación original fue porque indicamos que:

- El servicio no era médicamente necesario; o
- El servicio era experimental o investigativo; o
- El servicio fuera de la red no era diferente del servicio disponible en nuestra red, y
- No le informamos nuestra decisión sobre la apelación a tiempo, la denegación original del servicio será revocada. Esto significa que se aprobará la solicitud de autorización del servicio.

Apelaciones externas

Si el plan decide denegar la cobertura para un servicio médico que usted y su doctor solicitaron porque:

- El servicio no era médicamente necesario, o
- El servicio era experimental o investigativo; o
- El servicio fuera de la red no era diferente del servicio disponible en nuestra red;

usted puede pedir al estado de New York una **apelación externa** independiente. Esto se denomina apelación externa porque la deciden los revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Los revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de New York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o debe ser un tratamiento experimental, prueba clínica o tratamiento para una enfermedad rara. No tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de solicitar una apelación externa:

1. Debe presentar una apelación de acciones con el plan y obtener la determinación adversa final del plan; o
2. Si tuvo una apelación acelerada y no está satisfecho con la decisión del plan, puede optar por presentar una apelación estándar ante el plan o ir directamente a una apelación externa; o
3. Usted y el plan pueden acordar saltar el proceso de apelaciones del plan y pasar directamente a la apelación externa.

Tiene 45 días después de que recibió la determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelación del plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de 45 días desde que se llegó al acuerdo.

Puede haber apelaciones adicionales a su plan de salud si desea utilizarlas. Sin embargo, si desea solicitar una apelación externa, debe presentar la solicitud al Departamento de Servicios Financieros de New York en un plazo de 45 días desde la fecha en que reciba la notificación de determinación adversa definitiva o cuando usted y el plan acordaron renunciar al proceso de apelación del plan.

Perderá el derecho a una apelación externa si no presenta una solicitud para una apelación externa a tiempo.

Para pedir una apelación externa, llene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, si necesita ayuda para presentar la apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico. La solicitud de apelación externa explica qué información se necesita.

Estas son algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882 o ingrese a su sitio en internet en www.dfs.ny.gov
- Comuníquese con el plan de salud al **1-800-493-4647**, TTY **711**

Su apelación externa se decidirá en 30 días. Se puede requerir más tiempo (hasta cinco [5] días hábiles) si el revisor de apelaciones externas solicita más información. Usted y el plan conocerán la decisión final dentro de los dos (2) días posteriores a la decisión.

Si su proveedor ha solicitado una apelación externa de una determinación adversa simultánea, incluyendo a un proveedor que solicita la apelación externa como la persona designada, se le prohíbe al proveedor solicitar que usted le pague (excepto por el copago correspondiente) por servicios que no se determinan médicamente necesario por el agente de apelación externo.

Puede obtener una decisión más rápida si su doctor dice que un retraso podría causar daños graves a su salud. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de apelaciones externas decidirá una apelación acelerada en tres (3) días o menos. La persona que revisa su solicitud le informará de inmediato por teléfono o por escrito a usted y al plan cual fue la decisión tomada. Posteriormente se le mandará una carta informándole de la decisión tomada.

Proceso de quejas

Quejas

Esperamos que nuestro plan lo satisfaga. La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Si tiene un problema o disputa con sus cuidados de salud o servicios, puede presentar una queja ante plan. Los problemas que no se resuelven de inmediato por teléfono y toda queja que llegue por correo se tratarán según el procedimiento de quejas descrito a continuación.

Cómo puede presentar una queja ante el plan

Si usted tiene un problema por favor llame a Servicios para Miembros para que reciba asistencia al número **1-800-493-4647**, TTY **711**. Si después de discutir el problema con Servicios para Miembros, aún quiere presentar una queja, los Servicios para Miembros le pueden ayudar o usted puede escribir a:

Attn: Member Complaints, Grievances and Appeals
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Puede solicitarle a una persona de su confianza (como un representante legal, un miembro de su familia o amigo) que presente la queja por usted. Podemos asistirlo si necesita ayuda debido a un problema de audición o visión o si necesita servicios de traducción. No complicaremos las cosas ni tomaremos una acción en contra de usted por presentar una queja.

Tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de New York acerca de su queja al 1-800-206-8125 o escribir a: New York State Department of Health, Division of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Corning Tower ESP, Albany, NY 12237. También puede ponerse en contacto con el Departamento local de Servicios Sociales en cualquier momento respecto a su queja. Puede llamar al Departamento de Seguro del Estado de New York al 1-800-342-3736 si su queja implica un problema de facturación.

Qué sucede después

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono o después de recibir su queja por escrito, le enviaremos una carta dentro de los primeros 15 días hábiles. La carta detallará:

- Que recibimos su queja
- Quién está trabajando en su queja
- Cómo contactar a esta persona
- Si necesitamos más información

Su queja será revisada por una o más personas calificadas. Si su queja implica asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de atención médica calificados.

Después de revisar su queja

- Le avisaremos de nuestra decisión dentro de 45 días a partir de haber recibido toda la información necesaria para responder a su queja. Le escribiremos informándole acerca de las razones para nuestra decisión.
- Cuando una demora podría poner en riesgo su salud, le avisaremos de nuestra decisión dentro de 48 horas a partir de la fecha en que recibimos toda la información necesaria para responder a su queja.
- Se le informará cómo puede apelar nuestra decisión si no está satisfecho e incluiremos los formularios que necesite.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su queja porque no contamos con la información suficiente, le enviaremos una carta para notificárselo.

Apelaciones a decisiones de quejas

Si está en desacuerdo con una decisión tomada acerca de su queja, usted o una persona de su confianza puede presentar una **apelación a decisiones de quejas** ante el plan.

Cómo presentar una apelación por una decisión a quejas

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, cuenta con 60 días hábiles después de recibir la carta/notificación que le enviamos para presentar una apelación.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a una persona de su confianza que presente una apelación por usted.
- La apelación se debe presentar por escrito. Si presenta una apelación por teléfono se debe hacer un seguimiento por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario con el resumen de su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar el formulario y devolverlo. Puede realizar los cambios necesarios antes de devolver el formulario. Envíe toda la correspondencia por escrito a:

UnitedHealthcare Community Plan
Quality Management Dept. – Complaint Appeals
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

Qué sucede después de recibir su apelación a la decisión de quejas

Después de recibir su apelación a la(s) decisiones de quejas, le enviaremos una carta dentro de 15 días hábiles. La carta detallará:

- Que recibimos su queja
- Quién está trabajando en su apelación de la decisión a su queja
- Cómo ponerse en contacto con una persona en el plan de salud sobre su apelación de quejas
- Si necesitamos más información

Otros detalles del plan

Su apelación a la decisión de quejas será revisada por una o más personas calificadas en un nivel superior a las personas que tomaron la primera decisión acerca de su queja. Si su apelación de la decisión a quejas implica asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de la salud calificados y por lo menos con un compañero revisor clínico que no haya participado en la primera decisión acerca de su queja.

Después de obtener toda la información necesaria, le informaremos nuestra decisión dentro de 2 días hábiles en caso de que una demora podría poner en riesgo su salud. Para todas las demás apelaciones a decisiones de quejas, le informaremos cual fue nuestra decisión en 30 días. Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. Si aun así no está satisfecho, usted o una persona en su nombre puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado de New York al 1-800-206-8125 o puede escribir a: NYS Department of Health, Division of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Corning Tower ESP, Albany, NY 12237.

Servicios de interpretación y asistencia con el idioma

Muchos de nuestros empleados en Servicios para Miembros hablan más de un idioma. Si usted no puede conectar con uno de ellos que hable su idioma, usted puede usar un intérprete que se comunique con Servicios para Miembros.

Muchos de nuestros doctores de la red hablan más de un solo idioma. Si usted consulta con uno que no conoce su idioma, usted puede utilizar nuestros servicios de interpretación o lenguaje de señas para ayudarlo durante su cita. Haga los arreglos para sus servicios de traducción al menos 72 horas antes de su cita. Los servicios de lenguaje de señas deben solicitarse con dos semanas de anticipación.

Usted también puede obtener los materiales impresos que enviamos en un idioma diferente al inglés. Para hacer arreglos por un intérprete, servicios de traducción o para un formato de audio, llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

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

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

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo usamos o compartimos su información

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal
- Agencias gubernamentales

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

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

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.

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.



NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

UnitedHealthcare Community Plan complies with Federal civil rights laws. UnitedHealthcare Community Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

UnitedHealthcare Community Plan provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose first language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, please call the toll-free member phone number listed on your member ID card.

If you believe that UnitedHealthcare Community Plan has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with Civil Rights Coordinator by:

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

Email: UHC_Civil_Rights@uhc.com

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

Web: Office for Civil Rights Complaint Portal at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

Phone: Toll-free 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call Member Services at **1-800-493-4647**, TTY **711**, 8 a.m. – 6 p.m., Monday – Friday.

NOTIFICACIÓN DE LA NO-DISCRIMINACIÓN

UnitedHealthcare Community Plan cumple con los requisitos fijados por las leyes Federales de los derechos civiles. UnitedHealthcare Community Plan no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

UnitedHealthcare Community Plan provee lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos de ayuda para las personas con discapacidades en su comunicación con nosotros, con:
 - Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
 - Información por escrito en diferentes formatos (letras de mayor tamaño, audición, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos con diversos idiomas para personas para quienes el inglés no es su lengua materna, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información impresa en diversos idiomas

Si usted necesita estos servicios, por favor llame gratuitamente al número anotado en su tarjeta de identificación como miembro.

Si usted piensa que UnitedHealthcare Community Plan no le ha brindado estos servicios o le han tratado a usted de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Coordinador de los Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator) haciéndolo por:

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

Correo electrónico: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

Usted también puede presentar una queja acerca de sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por:

Internet: Sitio en internet para la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

Teléfono: Gratuitamente al 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarlo 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 a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes.

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. English
Call 1-800-493-4647 TTY 711

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-493-4647 TTY 711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-493-4647 TTY 711.	Spanish/Español
注意：您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-493-4647 TTY 711。	Chinese/中文
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-493-4647 رقم هاتف الصم والبكم TTY 711	Arabic/اللغة العربية
주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-800-493-4647 TTY 711로 전화하시기 바랍니다.	Korean/한국어
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-493-4647 (телетайп: TTY 711).	Russian/Русский
ATTENZIONE: Nel caso in cui la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il 1-800-493-4647 TTY 711.	Italian/Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-493-4647 TTY 711.	French/Français
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-493-4647 TTY 711.	French Creole/ Kreyòl ki soti nan Fransè
אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען פאראן פאר איך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-493-4647 TTY 711	Yiddish/אידיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-493-4647.	Polish/Polski
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong pantulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-493-4647 TTY 711	Tagalog
দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনার ভাষা “Bengali বাংলা” হয় তাহলে আপনি বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পাবেন। 1-800-493-4647 TTY 711 নম্বরে ফোন করুন।	Bengali/বাংলা
KUJDES: Ju vendosen në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-493-4647	Albanian/Shqip
Προσοχή: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε «1-800-493-4647» TTY 711.	Greek/ Ελληνικά
توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-493-4647 TTY 711	Urdu/اردو

Nosotros estamos aquí para servirle

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan of New York
77 Water Street, 14th Floor
New York, NY 10005

myuhc.com/CommunityPlan

1-800-493-4647, TTY **711**



