



NEW YORK

# UnitedHealthcare Personal Assist

## Manual para miembros





## Números de teléfono importantes

- Servicios para Miembros** ..... 1-877-512-9354
- TDD/TTY (para personas con problemas de audición) ..... 711
- Coordinador de atención:** ..... 1-877-512-9354
- Servicios dentales:** ..... 1-877-512-9354
- Transporte:** ..... 1-877-512-9354
- En caso de emergencia, llamar al 911 o ir a la sala de emergencias más cercana.**



## Sitio web [www.uhccommunityplan.com](http://www.uhccommunityplan.com)

### **UnitedHealthcare Personal Assist**

77 Water Street, 14th Floor  
New York, NY 10005

### **Departamento de Salud del Estado de New York:**

**Línea directa de reclamación sobre la atención administrada a largo plazo del estado de New York**

Número de teléfono: 1-866-712-7197

**Departamento de Salud del Estado de New York**

Número de teléfono: 1-800-541-2831

**Departamento de Salud del Estado de New York**

Corning Tower  
Empire State Plaza  
Albany, NY 11237

**New York Medicaid Choice**

Número de teléfono: 1-800-505-5678



## Sus proveedores de atención médica

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Sala de emergencias: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

UnitedHealthcare Personal Assist es la marca comercial del Programa de cuidados administrados a largo plazo de UnitedHealthcare of New York, Inc.

# Índice

## Para empezar

Bienvenido	4
Acerca de la atención administrada a largo plazo	4
Cómo utilizar su Manual para miembros	5
Su tarjeta de identificación de Personal Assist	5
Nuestro área de servicio	5

## Cómo asociarse a UnitedHealthcare

### Personal Assist

¿Quiénes pueden asociarse? (Criterios de inscripción)	6
¿Cómo puedo asociarme? (Evaluación de elegibilidad)	7
Inscripción obligatoria para miembros	7
Evaluación de elegibilidad para la inscripción	8
Denegación de la inscripción	8

### Directrices anticipadas

Directrices anticipadas	10
-------------------------	----

### Cómo obtener ayuda

Departamento de Servicios para Miembros	11
Asistencia fuera del horario de atención	11
Servicios de interpretación	11
Servicios para las personas con problemas visuales, auditivos o con discapacidades del desarrollo	11
Cómo mantener informado al plan	12

### Sus beneficios y procedimientos del plan

Servicios cubiertos	13
Servicios coordinados	21
Si tiene Medicare y Medicaid	22

### Cómo seleccionar sus proveedores

Cómo desarrollar su plan de servicio centrado en el paciente	23
Coordinación de la atención y su equipo de atención	23
Cómo puede ayudarlo su Coordinador de atención	24
Cómo contactarse con su Coordinador de atención	24
Cómo cambiar de Coordinador de atención	24
Cómo trabajar con su médico	24
Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP)	25
Cómo elegir proveedores para servicios cubiertos	25
Cómo puede cambiar su proveedor	25

## Cómo obtener servicios

Cómo solicitar servicios adicionales o nuevos	26
Autorización previa (servicios nuevos)	26
Revisión retrospectiva (más de lo mismo)	26
Revisiones aceleradas	26
Extensiones de los plazos de solicitudes	27
Denegación de solicitudes	27

## Atención transitoria, fuera de la red y fuera del área

Atención transitoria	28
Fuera de la red	28
Atención fuera del área	28

## Atención de emergencia

¿Qué es una emergencia?	30
Qué hacer luego de una emergencia	30
Qué hacer si es hospitalizado	30

## Quejas, medidas del plan y apelaciones

¿Qué es una queja?	31
Apelaciones de decisiones sobre quejas	31
¿Qué es una medida del plan?	32
Apelaciones a una medida del plan	33
Apelaciones aceleradas	34
Audiencias imparciales estatales y apelaciones externas	35

## Cómo abandonar el plan

Cancelación voluntaria de la inscripción	37
Cancelación involuntaria de la inscripción	37

## Pagos de servicios

Financiamiento de UnitedHealthcare Personal Assist	39
Cómo pagamos a nuestros proveedores	39
Si usted cuenta con un pago deducible de Medicaid	39
Coordinación de beneficios	39

## Derechos y responsabilidades

### de los miembros

### Fraude y abuso

### Avisos del plan de salud sobre

### prácticas de privacidad

### Información disponible a pedido

### Formularios/notas

# Para empezar

## Bienvenido

Bienvenido a UnitedHealthcare Personal Assist™. Nos complace que nos haya elegido como su plan de atención administrada a largo plazo y estamos ansiosos por trabajar con usted, su familia y su Proveedor de atención primaria (PCP) personal, si se aplica, para coordinar su atención. Nuestro personal trabajará con usted para satisfacer sus necesidades y responder a todas las preguntas que pueda tener acerca del funcionamiento del plan y de sus beneficios. Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a nuestro **departamento de Servicios para Miembros al 877-512-9354 (TTY/TDD 711)**.

## Acerca de la atención administrada a largo plazo de UnitedHealthcare Personal Assist

Un plan de atención administrada a largo plazo recibe financiamiento de Medicaid para organizar, coordinar y pagar por servicios de atención médica y a largo plazo para aquellas personas que tienen enfermedades crónicas y/o discapacidades.

UnitedHealthcare Personal Assist obtuvo la aprobación del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health) para brindarle atención administrada a largo plazo. A través de UnitedHealthcare Personal Assist, usted recibirá coordinación de servicios médicos, de especialidades y de atención en el hogar y en la comunidad para ayudarlo mantener o mejorar su calidad de vida y su salud general, a pesar de su enfermedad crónica o discapacidad. Por medio de nuestra coordinación y supervisión, lo ayudaremos a vivir en forma segura en el hogar y/o la comunidad durante el mayor tiempo posible.

Como miembro de UnitedHealthcare Personal Assist, usted también recibirá:

- Un enfermero registrado (Registered Nurse, RN) que lo visitará en su hogar para evaluar sus necesidades.
- Un Coordinador de atención, enfermero registrado, que irá a su hogar para evaluar sus necesidades y trabajar con usted a fin de asegurarse de que reciba la atención adecuada y oportuna para satisfacer sus necesidades específicas.
- Un plan de atención personalizado, desarrollado para atender sus necesidades específicas.
- Amplia variedad de proveedores que le ofrecen beneficios de atención administrada a largo plazo.
- Acceso a UnitedHealthcare Personal Assist las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Como miembro, recibirá un plan de atención personalizado a través de una amplia variedad de servicios de atención a largo plazo y relacionados con la salud en el hogar, la comunidad y, si es necesario, en un hogar de ancianos. También lo ayudaremos a obtener otros servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare Personal Assist.

## Cómo utilizar su Manual para miembros

Su manual para miembros es un recurso importante para obtener información sobre UnitedHealthcare Personal Assist. Al inscribirse, usted ha aceptado los términos y condiciones de membresía como se describen en este manual para miembros. Su manual describe sus derechos y responsabilidades como miembro en relación a la recepción de los beneficios cubiertos y los pasos a seguir para que UnitedHealthcare Personal Assist funcione de la mejor manera posible para usted.


Guarde este manual en un lugar apropiado para que pueda consultarlo cuando lo necesite. Si no puede encontrar la información que está buscando, o necesita información o asistencia adicional, nuestro departamento de Servicios para Miembros se encuentra a su disposición para ayudarlo. El departamento de Servicios para Miembros también puede contactarlo con su Coordinador de atención.

Para comunicarse con **Servicios para Miembros**, llame al siguiente número gratuito: **877-512-9354**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## Su tarjeta de identificación de miembro

Cada miembro de UnitedHealthcare Personal Assist recibirá una tarjeta de identificación de miembro. Es importante que lleve esta tarjeta de identificación con usted siempre que reciba servicios y beneficios cubiertos por UnitedHealthcare Personal Assist. También debe llevar consigo sus tarjetas de Medicaid y Medicare a todas sus citas médicas ya que continuará utilizando estas tarjetas para algunas de sus necesidades de atención médica. Si pierde su tarjeta, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener una tarjeta nueva.

**No es necesario** que muestre su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Personal Assist antes de recibir atención de emergencia. Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. A continuación, podrá ver un ejemplo de cómo se verá su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Personal Assist.

	UnitedHealthcare <sup>®</sup>   Community Plan
Health Plan (80840)	911-87726-04
Member ID: 999999999	Group Number: NYLTC
Member: SUBSCRIBER BROWN	Payer ID: 87726
CIN#: XX99999X	
0501	UnitedHealthcare Personal Assist Administered by UnitedHealthcare of New York, Inc.

In an emergency go to nearest emergency room or call 911.		Printed: 08/23/11
		
This individual is enrolled in a NYS Managed Long Term Care plan that provides coverage for long term care. This card does not guarantee coverage. Use of this card by anyone other than the member is fraud. To verify benefits or to find a provider, visit the website <a href="http://www.myuhc.com/communityplan">www.myuhc.com/communityplan</a> or call.		
For Members:	877-512-9354	TDD 711
Dental:	877-512-9354	
For Providers:	<a href="http://www.uhccommunityplan.com">www.uhccommunityplan.com</a>	866-362-3368
MLTC Claims:	PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240	

## Nuestro área de servicio

Usted es elegible para inscribirse en UnitedHealthcare Personal Assist si vive en los cinco distritos de la ciudad de New York incluyendo: Albany, Bronx, Brooklyn, Broome, Erie, Monroe, New York (Manhattan), Onondaga, Oneida, Orange, Queens, Rockland y Staten Island.

# Cómo asociarse a UnitedHealthcare Personal Assist

## Asociarse con UnitedHealthcare Personal Assist

La inscripción en UnitedHealthcare Personal Assist es voluntaria.\* Usted también puede transferirse en cualquier momento que lo desee de otro plan MLTC a UnitedHealthcare Personal Assist (Asistente Personal de UnitedHealthcare). Puede llamar a nuestro **departamento de Servicios para Miembros al 877-512-9354** y nos dará mucho gusto poder asistirle con su proceso de inscripción o de transferencia. Si usted ya ha presentado una solicitud de inscripción pero aún no es miembro, puede retirar la solicitud en cualquier momento antes de la inscripción.

\*En 2012, el Departamento de Salud del Estado de New York, (New York State Department of Health), hizo que la Administración de Cuidados a Largo Plazo, (Managed Long-Term Care - MLTC) sea mandatorio para ciertos sectores de la población. Las personas dentro de este grupo mandatorio han recibido o recibirán una carta del New York State Department of Health dejándoles saber que deben inscribirse en un plan MLTC para poder continuar recibiendo los servicios de Home and Community-Based, (Servicios del Hogar y Comunidad). Si usted no escoge un MLTC plan, el estado de New York escogerá uno para usted. Aun cuando los miembros deben estar inscritos en un plan MLTC para poder recibir estos servicios, pueden escoger el plan MLTC que ellos prefer an.

## Criterios de inscripción

Será elegible para UnitedHealthcare Personal Assist todo solicitante que complete el acuerdo de inscripción y las divulgaciones de información correspondientes, y que cumpla con todos los criterios de inscripción siguientes:

- Tener 18 años de edad o más.
- Ser elegible para Medicaid en el Estado de New York.

- Vivir en el área de servicio del plan.
- Para personas que tienen Medicaid pero no tienen Medicare al momento de la inscripción, tener problemas y/o limitaciones de salud que lo harían calif car para recibir el nivel de atención de un hogar de ancianos\*\*.
- Para los miembros con Medicare y Medicaid, también conocidos como miembros duales, usted debe necesitar por lo menos uno de los siguientes servicios y coordinación de la atención de UnitedHealthcare Personal Assist\*\*:
  - Atención durante más de 120 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
  - Servicios de enfermería en el hogar
  - Terapias en el hogar
  - Servicios de asistencia médica en el hogar
  - Servicios de atención personal en el hogar
  - Atención médica diurna para adultos
  - Servicios privados de enfermería
  - Servicios de asistente personal auto-dirigidos
- Al momento de la inscripción, ser capaz de regresar al hogar o permanecer en este en forma segura sin que esto represente un peligro para su salud\*\*.

\*\*Esta determinación se tomará en base a las circunstancias individuales de acuerdo con las pautas de evaluación del Estado de New York.

Un solicitante que esté inscrito en otro plan de atención administrada cuya capitación esté a cargo de Medicaid, un programa de exención basado en el hogar y la comunidad o un Centro de Tratamiento de Día de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office of People with Developmental Disabilities, OPWDD), o que esté actualmente recibiendo servicios

de un hospicio\*\*\*, puede ser inscrito en UnitedHealthcare Personal Assist al momento de finalizar estos programas o planes.

\*\*\*Los miembros actualmente inscritos de MLTC que exigen y cumplen con los requisitos para enfermos terminales pueden elegir el beneficio de hospicio sin dar de baja de su plan de MLTC.

Es posible que un solicitante que es paciente hospitalizado o residente de un hospital o institución residencial operada bajo los auspicios de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo pueda inscribirse al momento de recibir el alta y regresar a su hogar en la comunidad.

Los solicitantes no pueden ser discriminados por su estado de salud ni por la necesidad o los costos de los servicios cubiertos.

La elegibilidad para la inscripción en UnitedHealthcare Personal Assist se debe determinar a través de una evaluación clínica aprobada por el Departamento de Salud del Estado de New York, la cual se realiza en el hogar del solicitante por medio de un enfermero registrado de UnitedHealthcare Personal Assist.

Los enfermeros de UnitedHealthcare Personal Assist que se ocupan de la evaluación tienen experiencia y conocimiento en servicios de atención en el hogar y en servicios de atención a largo plazo en el hogar y la comunidad. Dichos enfermeros determinarán su elegibilidad clínica para el programa luego de visitarlo a su hogar y completar una evaluación integral para determinar el nivel de atención que usted necesita y su capacidad para permanecer seguro en su hogar. La evaluación en el hogar será programada tan pronto como sea posible, generalmente dentro de los diez (10) días de expresar su interés en inscribirse en UnitedHealthcare Personal Assist.

## **¿Cómo puedo asociarme a UnitedHealthcare Personal Assist?**

Los afiliados potenciales y/u otros remitentes, como su proveedor o cuidador, pueden comunicarse con UnitedHealthcare Personal Assist por teléfono, o pueden enviar un formulario de remisión de pre-inscripción al plan por fax o por correo. El formulario de remisión también puede ser retirado personalmente por una persona designada del plan, en caso de ser necesario.

Un coordinador de admisión de UnitedHealthcare Personal Assist se comunicará con usted en un plazo de cinco (5) días a partir de que nos enteramos de su interés por UnitedHealthcare Personal Assist. Nuestro personal está disponible para responder cualquier pregunta que usted tenga sobre el plan. También revisaremos los criterios de elegibilidad con usted, lo ayudaremos a determinar si cumple con los requisitos mínimos y le explicaremos qué puede esperar como miembro de UnitedHealthcare Personal Assist.

Si cumple con los criterios de elegibilidad mínimos y desea continuar con el proceso de inscripción, programaremos una visita a su hogar con uno de nuestros enfermeros de Personal Assist, quien completará la evaluación de elegibilidad para la inscripción.

## **Inscripción obligatoria para miembros**

La inscripción obligatoria de los miembros a un MLTC le da derecho a un periodo de noventa (90) días de cuidados continuos. Esto significa que el plan MLTC debe continuar otorgando los servicios de cuidados a largo plazo que el miembro ha estado recibiendo antes de su inscripción. Después de la inscripción, una enfermera registrada de UnitedHealthcare Personal Assist, hará una cita con usted en su domicilio para obtener una

# Cómo asociarse a UnitedHealthcare Personal Assist (cont.)

evaluación de las necesidades que tenga usted en ese momento y para responder a cualquier pregunta que tenga.

## Evaluación de elegibilidad para la inscripción

Durante esta vista de inscripción, se le entregará una guía para los Cuidados Administrados a Largo Plazo por Medicaid en el Estado de New York y una lista de los planes que se encuentran disponibles. También se le dará y se revisarán con usted, una copia del Manual para Miembros y un directorio de proveedores. El enfermero también hablará con usted acerca del funcionamiento del plan y responderá cualquier pregunta que pueda tener. Luego de completar la evaluación en el hogar, el enfermero trabajará con usted y, si lo desea, con su familia o con aquellas personas que le brindan ayuda, para desarrollar un plan de atención propuesto a fin de satisfacer sus necesidades individuales.

Si continúa interesado en formar parte de UnitedHealthcare Personal Assist, recibirá un acuerdo de inscripción, un formulario de testimonio y formularios de divulgación de información para firmar. Es necesario que firme un formulario de Divulgación de información médica para que UnitedHealthcare Personal Assist pueda hablar con su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) y con sus otros proveedores para establecer y coordinar los servicios incluidos en el plan de atención. Luego de la visita de inscripción, UnitedHealthcare Personal Assist se pondrá en contacto con su solicitud se presentará para ser procesada por la Administración de Recursos Humanos/Departamento Local de Servicios Sociales (Human Resource Administration/Local Department of Social Services, HRA/LDSS).

Aunque no es necesario que su PCP esté de acuerdo en trabajar con UnitedHealthcare Personal Assist, tratamos de trabajar en

colaboración con sus proveedores de atención de salud para asegurar su seguridad. Si su PCP no desea trabajar con UnitedHealthcare Personal Assist, Nosotros hablaremos con usted y usted puede decidir si quiere cambiar de PCP. Si usted está inscrito en nuestro plan de Medicare, trabajaremos con su PCP de United.

Recuerde que la inscripción en UnitedHealthcare Personal Assist es voluntaria y que puede decidir retirar su solicitud en cualquier momento antes de la inscripción. Sin embargo, si considera que le gustaría tener más tiempo para pensar sobre su inscripción en UnitedHealthcare, es posible programar visitas a su hogar adicionales.

## Denegación de la inscripción

Su inscripción en UnitedHealthcare Personal Assist puede ser denegada por la Administración de Recursos Humanos/ Departamento Local de Servicios Sociales (HRA/LDSS) por uno o más de los siguientes motivos:

- No tiene 18 años de edad como mínimo.
- No es elegible para Medicaid.
- No es elegible para recibir el nivel de atención de una residencia de ancianos si se aplica.
- Al momento de la inscripción, no es capaz de regresar al hogar ni permanecer en este en forma segura sin que esto represente un peligro para su salud o seguridad.
- No necesita servicios de atención a largo plazo basado en la comunidad de UnitedHealthcare Personal Assist durante más de 120 días.
- Su inscripción en UnitedHealthcare Personal Assist ha sido cancelada previamente de forma involuntaria determinado sobre una base de caso por caso.
- Se encuentra actualmente inscrito en otro plan de atención administrada de



Medicaid, un plan de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad o un Programa de Tratamiento de Día de la OPWDD, o está recibiendo servicios de un hospicio y no desea dar por terminada su inscripción en uno de estos programas.

- Es paciente hospitalizado o residente de un hospital o institución residencial operada por la Oficina Estatal de Salud Mental (State Office of Mental Health), la Oficina de Servicios de Abuso de Alcohol y Sustancias (Office of Alcohol and Substance Abuse Services) o la OPWDD Estatal. En estos casos es posible recibir las solicitudes de inscripción, pero la inscripción solo puede comenzar al momento de recibir el alta y regresar a su hogar en la comunidad.

Si UnitedHealthcare Personal Assist determina que usted no cumple con los criterios de inscripción, recomendaremos a la HRA/LDSS o New York Medicaid Choice, como se aplica, que se deniegue su solicitud de inscripción. Usted recibirá una carta en la que le comunicaremos esta situación. La HRA/LDSS o New York Medicaid Choice, como se aplica, tomará la determinación final en relación con la denegación de su inscripción, le enviarán una carta con su decisión y le notificarán sobre sus derechos.

Si UnitedHealthcare Personal Assist determina que usted no es elegible debido a su edad, residencia o elegibilidad para Medicaid, también le informaremos al respecto. Si no está de acuerdo con esta decisión, le enviaremos a la HRA/LDSS o New York Medicaid Choice, como se aplica, cualquier información adicional que usted nos proporcione. La HRA/LDSS o New York Medicaid Choice, como se aplica, decidirá entonces si nuestra decisión fue correcta. Si la HRA/LDSS está de acuerdo en que no es elegible, usted no será inscrito.

Si se determina que usted no es clínicamente elegible para UnitedHealthcare Personal

Assist, se le notificará y usted podrá retirar la solicitud. Si no desea retirarla, la solicitud será procesada con una recomendación para la denegación de la inscripción. La HRA/LDSS tomará luego la decisión final en relación con su elegibilidad para la inscripción.

Usted puede retirar su solicitud en cualquier momento antes de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción indicando cuál es su voluntad verbalmente o por escrito, y nosotros le enviaremos un acuse de recibo de su retiro.

# Directrices anticipadas

## Directrices anticipadas

Puede llegar un momento en que usted no pueda tomar sus propias decisiones acerca de su salud. Planeando por adelantado, usted puede hacer arreglos para que sus deseos acerca de su salud se lleven a cabo. Primero, informe a su familia, amigos y a sus doctores de cuáles son los tipos de tratamiento que usted desea o no recibir. Segundo, usted puede nombrar a una persona adulta a quien le tenga confianza que tome decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia y con otras personas cercanas a usted para informarles de lo que usted desea. Tercero, es mejor que usted ponga por escrito sus deseos. Los documentos abajo anotados pueden ayudarle. Usted no necesita de un abogado, pero quizás usted quiera consultar con un abogado acerca de esto. Usted puede cambiar de opinión y cambiar estos documentos en cualquier momento que así lo desee. Nosotros podemos ayudarle a entender o obtener estos documentos. Estos documentos no cambian en lo absoluto su derecho a recibir los beneficios de cuidados de salud de calidad. El único propósito es dejarle saber a otros cuáles son sus deseos cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo.

## Representante para los Cuidados de Salud

Por medio de este documento usted puede designar a otra persona, a quien usted le tenga confianza, (comúnmente puede ser un amigo(a), o un miembro de su familia) para que decida acerca de sus cuidados médicos, cuando usted ya no pueda hacerlo por usted mismo. Si usted hace esto, debe hablar con la persona que designe para que conozca cuáles son sus deseos.

## CPR y DNR

Usted tiene el derecho de decidir si desea cualquier tratamiento especial o tratamiento de emergencia para restablecer la función de su corazón o de sus pulmones, esto es poder volver a respirar o su corazón a latir si su respiración y/o circulación se han detenido. Si usted no desea que se le den tratamientos especiales, incluyendo la resucitación cardiopulmonar (CPR), debe ser poner por escrito sus deseos. Su PCP registrar en su expediente médico una forma DNR (Do Not Resuscitate – No Se Resucite). Usted también puede llevar consigo una forma o una pulsera DNR que le indicará al personal médico de emergencia cuáles son sus deseos.

## Tarjeta de donante de órganos

Esta tarjeta del tamaño de su billetera indica que usted desea donar los órganos del cuerpo para ayudar a otros cuando fallezca. También puede completar el dorso de su licencia de conducir para informar si desea donar sus órganos, y cómo desea hacerlo.

# Cómo obtener ayuda

## Departamento de Servicios para Miembros

El departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Personal Assist se encuentra disponible para responder sus preguntas y ayudarle con distintos pedidos. El departamento de Servicios para Miembros atiende a través de un centro telefónico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Puede comunicarse con **Servicios para Miembros al 877-512-9354 (TTY/TDD 711)**.

Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Personal Assist puede ayudarle a:

- Obtener respuestas a sus preguntas sobre membresía.
- Conectarse con su Coordinador de atención.
- Obtener respuestas a sus preguntas sobre beneficios.
- Cambiar de proveedores.
- Presentar una reclamación.
- Conseguir un intérprete.
- Obtener respuestas a sus preguntas sobre Medicaid y Medicare.
- Obtener respuestas a las preguntas sobre autorizaciones previas.
- Obtener información sobre los servicios cubiertos.
- Reemplazar una tarjeta de identificación perdida.
- Actualizar su información de contacto.

## Asistencia fuera del horario de atención

Si tiene una pregunta médica y no puede contactar a su médico de atención primaria y se encuentra fuera del horario de atención normal, usted puede llamar a UnitedHealthcare Personal Assist y hablar con un enfermero. No necesita llamar a su PCP primero fuera de las horas de servicio; puede llamar a Personal Assist para obtener ayuda. Puede comunicarse con **Servicios para Miembros al 877-512-9354 (TTY/TDD 711)**.

## Servicios de interpretación

UnitedHealthcare Personal Assist entiende que nuestros miembros son parte de una población con necesidades únicas, culturas diferentes y desafíos educativos. Nuestros representantes de Servicios para Miembros hablan una amplia variedad de idiomas, pero si usted necesita un idioma que nuestro personal desconoce, puede solicitar un traductor y accederemos a una línea de servicios de traducción para asistirlo con la llamada. También podemos brindarle información escrita en los idiomas más comunes de nuestros miembros. Además, se encuentra disponible el servicio de interpretación oral de materiales de UnitedHealthcare Personal Assist para los miembros en diferentes idiomas.

## Servicios para las personas con problemas visuales, auditivos y con discapacidades del desarrollo

El plan cuenta con un número TTY/TTD **711** para las personas con problemas del habla y la audición, el cual se comunica con el equipo de Servicios para Miembros para brindar asistencia a los miembros. Se entregarán manuales para miembros en Braille, en letra

## Cómo obtener ayuda (cont.)

grande y grabados en audio para aquellos miembros con problemas visuales. También se puede leer la información a los miembros, en caso de ser necesario. Servicios para Miembros se ocupará de otras necesidades a medida que surjan, incluso aquellas relacionadas con discapacidades físicas o del desarrollo. El personal de Servicios para Miembros brindará apoyo adicional para aquellos miembros que lo necesiten, incluso asistencia para realizar llamadas y para comunicarlos con su equipo de coordinación de la atención.

### **Cómo mantener informado al plan**

Llame a Servicios para Miembros si se produce alguno de los siguientes cambios:

- Cambia su nombre, dirección o número de teléfono; también debe reportar el cambio a Medicaid y Medicare.
- Cambian las circunstancias que pueden afectar su elegibilidad para la atención administrada a largo plazo, como un cambio en sus condiciones de vida, por ejemplo.
- Comienza a recibir la cobertura de otro plan de seguro.

# Sus beneficios y procedimientos del plan

## Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Personal Assist

Los servicios cubiertos son aquellos servicios disponibles a través de la membresía en UnitedHealthcare Personal Assist y pagados por UnitedHealthcare Personal Assist. Todos los beneficios y servicios se proporcionan cuando son **médicamente necesarios**. Los servicios específicos y su frecuencia y duración se basan en su afección y en sus necesidades sociales y médicas.

A continuación, se encuentra una lista de los servicios cubiertos por UnitedHealthcare Personal Assist:

Beneficio	Descripción
<b>Administración de la atención médica</b>	Un proceso para brindar asistencia a los afiliados para acceder a los servicios necesarios cubiertos tal como se identifica en el plan de atención. También proporciona la remisión y coordinación de otros servicios como respaldo al plan de atención. Los servicios de administración de atención médica ayudarán a los afiliados a obtener los servicios necesarios médicos, sociales, educativos, psicosociales, y financieros, entre otros, como respaldo al plan de atención, independientemente de que los servicios necesarios estén cubiertos por el plan.
<b>Atención médica en el hogar<sup>+</sup></b>	Incluye los siguientes servicios relacionados con la prevención, rehabilitación terapéutica, orientación médica y/o apoyo: servicios de enfermería, servicios de asistencia médica en el hogar, servicios nutricionales, servicios de trabajo social, terapia física, terapia ocupacional y patología del habla o del lenguaje.
<b>Servicios médicos sociales</b>	Evaluar la necesidad, coordinar y proveer ayuda para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un miembro en el hogar donde tales servicios son proporcionados por un trabajador social calificado y se brindan dentro de un plan de atención.

## Sus beneficios y procedimientos del plan (cont.)

Beneficio	Descripción
<b>Servicios de salud diurnos para adultos</b>	Atención y servicios proporcionados en una institución de atención médica residencial o en un sitio de extensión aprobado bajo la dirección médica de un médico para una persona que tiene una discapacidad funcional, sin estar confinada en el hogar, y que requiere ciertos servicios o artículos paliativos, de rehabilitación, terapéuticos, de diagnóstico o preventivos. La atención médica diurna para adultos incluye los siguientes servicios: médicos, de enfermería, nutrición y alimentación, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades para el tiempo libre que son parte de un programa planificado de diversas actividades significativas, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares.
<b>Atención personal</b>	Asistencia total o parcial en actividades relacionadas con la higiene, vestimenta y alimentación, y tareas funcionales de apoyo ambiental y nutricional, entre otras. El cuidado personal debe ser médicamente necesario, indicado por un médico y provisto por una persona calificada de acuerdo con un plan de atención médica.
<b>Suministros médicos/ quirúrgicos</b>	Elementos para uso médico que no son medicamentos, dispositivos y aparatos protésicos u ortopédicos, equipos médicos duraderos o calzado ortopédico que tratan una afección médica específica y que comúnmente son desechables, no reutilizables, descartables, para un fin específico y que, por lo general, no tienen valor residual.
<b>Equipos médicos duraderos<sup>+</sup></b>	Incluye suministros médicos o quirúrgicos, protésicos y ortopédicos, calzado ortopédico, fórmulas enterales y parenterales y baterías para audífonos. Los equipos médicos duraderos son dispositivos y equipos, distintos de los dispositivos y aparatos protésicos u ortopédicos, que han sido indicados por un profesional en el tratamiento de una afección médica específica.
<b>Prótesis y ortopedia<sup>+</sup></b>	Los dispositivos y aparatos protésicos son aquellos que reemplazan cualquier parte faltante del cuerpo. Los dispositivos y aparatos ortopédicos son aquellos que se utilizan para sostener un miembro del cuerpo deformado o débil o para restringir o eliminar la movilidad en una parte del cuerpo enferma o lesionada.

Beneficio	Descripción
<b>Suplementos enterales y parenterales</b>	<p>Los suplementos enterales son nutrientes que se pasan directamente al estómago o al intestino delgado. Los suplementos parenterales son nutrientes que se suministran en forma intravenosa, evitando el proceso habitual de ingesta y digestión. La cobertura se limita a los suplementos nutricionales para aquellas personas que solo puedan ingerir alimentos mediante alimentación por sonda, que tengan trastornos metabólicos poco comunes, que tengan bajo índice de masa corporal, o niños de hasta 21 años de edad que requieran terapia nutricional oral cuando existe una afección de diagnóstico documentada en donde los nutrientes dietarios y calóricos de los alimentos no pueden ser absorbidos ni metabolizados.</p>
<b>Sistema de respuesta a emergencias personales (PERS)</b>	<p>El sistema de respuesta a emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS) consta de un dispositivo electrónico que les permite a ciertos pacientes de alto riesgo obtener ayuda en caso de una emergencia ambiental, emocional o física. En caso de emergencia, un centro de respuesta recibe la señal y procede debidamente.</p>
<b>Transporte que no sea de emergencia</b>	<p>El transporte en ambulancia, camioneta para personas con discapacidades, servicio de taxi o transporte público al nivel adecuado para la afección del afiliado a fin de que este obtenga la atención y los servicios médicos necesarios. Por favor, llame a Servicios para Miembros al 1-877-512-9354 para solicitar transporte para cualquier cita médica o para los servicios de atención para adultos durante el día; UnitedHealthcare Personal Assist le proporcionará el transporte. Por favor, solicite el transporte con por lo menos tres días de anticipación.</p>

## Sus beneficios y procedimientos del plan (cont.)

Beneficio	Descripción
<b>Podiatría<sup>+</sup></b>	Servicios provistos por un podólogo que debe incluir el cuidado del pie de rutina, cuando la afección física del afiliado representa un peligro debido a la presencia de una enfermedad localizada, una lesión o síntomas que incluyan al pie, o cuando se proporcionan como parte integral y necesaria de la atención médica, como el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes, las úlceras e infecciones. La atención de rutina de higiene de los pies, el tratamiento de los callos y callosidades, el corte de las uñas, y otro tipo de atención de higiene, como la limpieza o el remojo de los pies, no están cubiertos si no existe una afección patológica.
<b>Odontología</b>	Incluye, entre otros, atención dental preventiva, profiláctica y de otro tipo, servicios y suministros, exámenes de rutina, profilaxis, cirugías de la boca, y prótesis dentales y aparatos de ortodoncia requeridos para aliviar una afección médica grave, incluida cualquier afección que afecte las aptitudes para conseguir empleo.
<b>Optometría/anteojos</b>	Servicios de un optometrista y un dispensador oftálmico, que incluye anteojos, lentes de contacto médicamente necesarias y lentes de policarbonato, ojos artificiales (en existencias o a medida) y dispositivos de ayuda para visión deficiente. El optometrista puede realizar un examen de la vista para detectar defectos visuales y enfermedades del ojo, según la necesidad o el requerimiento de la afección del afiliado.
<b>Audiología/audífonos, baterías para audífonos</b>	Incluye examen o prueba audiométrica, evaluación del audífono, evaluación de conformidad y receta o recomendaciones de un audífono, si se lo indica. Los servicios de audífonos incluyen la selección, ajuste y provisión de audífonos y controles de audífonos posteriores a la entrega y reparación de estos. Los productos incluyen audífonos, tapones para oídos, baterías, ajustes especiales y partes de reemplazo.
<b>Comidas grupales o enviadas a domicilio</b>	Comidas entregadas a domicilio y las comidas grupales proporcionadas de acuerdo con el plan de atención médica individual de cada afiliado.



Beneficio	Descripción
<b>Atención diurna social</b>	Un programa estructurado e integral que les brinda a las personas que tienen una discapacidad funcional socialización, supervisión y monitoreo, cuidado personal y nutrición en un ambiente de protección durante cualquier momento del día, pero por un período menor a 24 horas. Los servicios adicionales pueden incluir, entre otros, el mantenimiento y la mejora de las habilidades de la vida diaria, el transporte, la asistencia de un cuidador y la asistencia y coordinación de casos.
<b>Terapia física, ocupacional, del habla o de otro tipo en un entorno fuera del hogar<sup>+</sup></b>	Provisión de terapia física, ocupacional, y del habla profesional, o de otro tipo, en una institución que no sea el hogar del miembro. La terapia física, la terapia ocupacional y la terapia del habla estarán limitadas a 20 visitas de Medicaid <b>cada una</b> , por terapia, por año de beneficios de doce meses excepto para los miembros de 18 a 20 años de edad y los que tienen discapacidad de desarrollo (el plan MLTC puede autorizar visitas adicionales). Este límite del beneficio aplica para las visitas de rehabilitación en los consultorios privados de los profesionales, departamentos ambulatorios de hospitales certificados y centros de diagnóstico y tratamiento (clínicas independientes). El año de beneficio de doce meses es un año calendario, que comienza el 1 de enero de cada año y continúa hasta el 31 de diciembre de ese mismo año.
<b>Terapia respiratoria<sup>+</sup></b>	La realización de técnicas y procedimientos preventivos, de mantenimiento y rehabilitación relacionados con las vías respiratorias, incluida la aplicación de gases médicos, humedad y aerosoles, presión positiva intermitente, ventilación artificial continua, la administración de medicamentos por medio de inhalación y administración relacionada con las vías respiratorias, atención del paciente, enseñanza a pacientes y consulta con otro personal de la salud.

## Sus beneficios y procedimientos del plan (cont.)

Beneficio	Descripción
<b>Asesoramiento nutricional</b>	La evaluación de las necesidades nutricionales y los modelos alimenticios, o la planificación del suministro de alimentos y bebidas apropiados para las condiciones ambientales y las necesidades médicas y físicas de cada individuo, o la provisión de educación y asesoramiento nutricionales para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas. Además, estos servicios pueden incluir la evaluación del estado nutricional y las preferencias de alimentación; la planificación del consumo adecuado de alimentos teniendo en cuenta las consideraciones culturales y el entorno del hogar del paciente; la educación nutricional respecto de las dietas terapéuticas como parte del entorno del tratamiento; el desarrollo de un plan de tratamiento nutricional; la evaluación y revisión regular de los planes nutricionales; la provisión de educación para el personal de la agencia de salud en el lugar de trabajo; como así también la consulta sobre problemas de alimentación específicos de pacientes y la enseñanza nutricional para los pacientes y sus familias.
<b>Apoyos sociales y modificaciones en el hogar</b>	Servicios y elementos que apoyan las necesidades médicas de los afiliados y que están incluidos en el plan de atención del afiliado. Estos servicios y elementos incluyen, entre otros, tareas de mantenimiento del hogar, servicios de tareas domésticas o de limpieza y mejoras en el hogar.
<b>Servicio privado de enfermería</b>	Atención de enfermería continua y especializada proporcionada en el hogar del afiliado por un profesional registrado autorizado debidamente o un auxiliar de enfermería autorizado.
<b>Atención en un hogar de ancianos<sup>+</sup></b>	Atención proporcionada a los afiliados por un hogar de ancianos autorizado del Estado de New York.
<b>Servicios de Asistencia Personal Dirigidos por el Consumidor (CDPAS)</b>	Asistencia personal dirigida por el consumidor significa que alguna o toda la asistencia de los servicios de atención personal, servicios de salud en el hogar y tareas de enfermería especializada sean realizadas por un asistente personal, el cual se encuentre bajo el entrenamiento, supervisión y dirección del consumidor que lo ha designado.

<sup>+</sup> Podría aplicarse la cobertura de Medicare

## Servicios cubiertos por Pago-Par-Servicios de Medicaid

Cuando usted se inscribió en nuestro plan, fue informado que algunos de los servicios no serán cubiertos por UnitedHealthcare Personal Assist. Estos servicios se cubren bajo Medicaid pago-par-servicio o regular y usted puede obtenerlos empleando su tarjeta de Beneficios de Medicaid del estado de New York. Usted puede escoger a cualquier proveedor que acepte Medicaid regular. A continuación se encuentra una lista de servicios que usted puede obtener empleando su tarjeta de Beneficios de Medicaid.

- Servicios de hospitalización, habitación y alimentos
- Servicios de hospital para pacientes ambulantes
- Servicios de hospicio
- Servicios de doctor en consultorios, clínicas, hospitales instituciones o en el hogar
- Servicios de laboratorio
- Servicios de radiología y radiación (radioisótopos)
- Transporte de emergencia
- Servicios de clínicas de salud rurales
- Diálisis para problemas renales crónicos
- Servicios de salud mental
- Servicios para el abuso de alcohol y otras sustancias
- Servicios OPWDD
- Servicios de planeación familiar
- Medicamentos de receta y sin receta, incluyendo medicamentos compuestos
- Programa de existencia asistida

## Autorizaciones de servicios y medidas

### Autorización previa:

Algunos servicios cubiertos requieren autorización previa (aprobación por adelantado) por parte de su médico, UnitedHealthcare Personal Assist, o ambos, antes de que pueda recibirlos o para que pueda continuar recibéndolos. Usted o alguien de su confanza puede pedirla. A continuación se encuentra una lista de los beneficios de UnitedHealthcare Personal Assist. El casillero marcado (✓) le indicará si el tratamiento o servicio requiere autorización previa por parte de UnitedHealthcare Personal Assist o una orden de su PCP personal, o ambas, antes de que pueda acceder al beneficio.

Beneficios de UnitedHealthcare Personal Assist	Se requiere autorización previa	Se requiere una orden del médico
Servicios de atención en el hogar	✓	✓
Atención médica diurna para adultos	✓	✓
Atención personal	✓	✓
Equipos médicos duraderos (para artículos de más de \$500)	✓	✓
Sistema de respuesta a emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS)	✓	

## Sus beneficios y procedimientos del plan (cont.)

Beneficios de UnitedHealthcare Personal Assist	Se requiere autorización previa	Se requiere una orden del médico
Transporte que no sea de emergencia		
Podiatría		
Odontología		
Optometría/anteojos		
Terapia física/terapia ocupacional/terapia del habla proporcionada en una institución que no sea el hogar	✓	✓
Audiología/audífonos	✓	
Terapia respiratoria	✓	✓
Nutrición	✓	✓
Servicios privados de enfermería	✓	✓
Servicios de asistencia personal dirigido por el consumidor (CDPAS)	✓	✓
Reparto de comidas a domicilio	✓	
Servicios médicos sociales	✓	
Atención diurna social	✓	
Servicios de apoyo sociales y ambientales	✓	

La solicitud de aprobación para un tratamiento o servicio se denomina **autorización de servicio**. Para obtener la solicitud de autorización de un servicio, usted o su médico deben llamar a **Servicios para Miembros** al número gratuito **877-512-9354**. El representante de Servicios para Miembros lo ayudará con sus necesidades o transferirá su solicitud al sector correspondiente.

En el caso de aquellos beneficios de UnitedHealthcare Personal Assist que no tienen un casillero marcado (✓), usted puede acceder al servicio o tratamiento en forma directa. También puede llamar a **Servicios para Miembros** al número gratuito **877-512-9354 (TTY/TDD 711)** y solicitar asistencia para acceder a estos beneficios. Se le dará la posibilidad de seleccionar servicios de transporte y dentales directamente de las opciones que se le proporcionarán cuando llame a **Servicios para Miembros**.

## Servicios coordinados por UnitedHealthcare Personal Assist

Los servicios coordinados son servicios que no son pagados por UnitedHealthcare Personal Assist. Usted puede elegir cualquier proveedor para estos servicios no cubiertos siempre que el proveedor acepte Medicaid y/o Medicare, según corresponda por el servicio. Su Coordinador de atención de UnitedHealthcare Personal Assist se encuentra disponible para ayudarlo a organizar y coordinar estos servicios para usted. La función principal del Coordinador de atención es servir de nexo entre usted y todos sus proveedores de atención médica para garantizar que reciba los servicios sin inconvenientes.

**A continuación, se encuentra una lista de los servicios coordinados por UnitedHealthcare Personal Assist que puede obtener usando su tarjeta de Medicaid del estado de New York.**

### Servicios coordinados

- Servicios de la sala de emergencias<sup>+</sup>
- Servicios médicos (incluidos los servicios proporcionados en un consultorio, una clínica, una institución o en el hogar)<sup>+</sup>
- Servicios para pacientes hospitalizados<sup>+</sup>
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios<sup>+</sup>
- Servicios de laboratorio<sup>+</sup>
- Servicios de radiología y radioisótopos<sup>+</sup>
- Medicamentos recetados y no recetados<sup>+</sup>
- Transporte de emergencia<sup>+</sup>
- Servicios clínicos de salud rurales<sup>+</sup>
- Diálisis renal crónica<sup>+</sup>
- Servicios de salud mental<sup>+</sup>
- Servicios de abuso de alcohol/sustancias<sup>+</sup>
- Servicios de OPWDD
- Programa de vida asistida

**+ Podría aplicarse la cobertura de Medicare.**

# Sus beneficios y procedimientos del plan (cont.)

## Si tiene Medicare y Medicaid

Si tiene Medicare y Medicaid, usted tiene más de una cobertura de seguro. Medicare se considera su seguro primario y Medicaid es su seguro secundario.

Si Medicare no cubre el costo total del servicio, se le facturarán a UnitedHealthcare Personal Assist todos los deducibles o coseguros. Sus beneficios de Medicaid no cambiarán los beneficios de su seguro primario. Usted continuará recibiendo cobertura de Medicare para sus visitas al médico, hospitalizaciones, análisis de laboratorio, servicios de ambulancia y otros beneficios de Medicare. Si tiene Medicare, deberá seguir sus reglas de autorización. Si sus beneficios de Medicare ya se han agotado y UnitedHealthcare Personal Assist se convierte en el pagador primario de un servicio cubierto, bajo el plan de Personal Assist, deberá cambiarse a uno de los proveedores de nuestra red. Es posible que desee considerar la posibilidad de inscribirse en un producto UnitedHealthcare Dual Medicare. Pregunte a su Coordinador de atención para obtener información.

Su Coordinador de atención trabajará con su seguro primario para ayudarle a organizar su atención médica. En relación a los servicios cubiertos por Medicare, los Coordinadores de atención de UnitedHealthcare Personal Assist pueden:

- Ayudarlo con las remisiones a los médicos, si fueran necesarias
- Programar citas médicas y organizar el transporte que no sea de emergencia
- Ayudarlo con la planificación del alta hospitalaria, si es hospitalizado
- Organizar servicios de atención en el hogar cubiertos por Medicare

Si usted está recibiendo actualmente un servicio cubierto por Medicare, puede continuar utilizando ese proveedor. Sin embargo, UnitedHealthcare Personal Assist le recomienda que utilice un proveedor de nuestra red para que no tenga que cambiar de proveedores si alcanza los límites de cobertura de Medicare y UnitedHealthcare Personal Assist se convierte en responsable del pago primario de su atención. Es posible que desee considerar la posibilidad de tener su cobertura de Medicare con UnitedHealthcare.

# Cómo seleccionar sus proveedores

## Cómo desarrollar su plan de servicio centrado en el paciente

Cuando usted se inscribe en UnitedHealthcare Personal Assist, su Coordinador de atención y el médico de atención primaria trabajarán en conjunto con usted para ayudarlo a desarrollar un plan de servicio centrado en el paciente que satisfaga sus necesidades. Su plan de servicio centrado en el paciente es una descripción por escrito de todos los tipos de servicios que usted recibirá para ayudar a mantener y mejorar su estado de salud y ser lo más independiente posible. Su plan de servicio centrado en el paciente incluye tanto los servicios cubiertos como los no cubiertos por UnitedHealthcare Personal Assist, y cambiará según las evaluaciones iniciales y de seguimiento a medida que sus necesidades de atención médica también cambien.

Su plan inicial de servicio centrado en el paciente se basará en los resultados de la visita de evaluación realizada en su hogar por el enfermero registrado en colaboración con su PCP personal. No se requiere que su PCP personal trabaje con UnitedHealthcare Personal Assist para desarrollar su plan de servicio centrado en el paciente. Su Coordinador de atención de UnitedHealthcare Personal Assist realizará nuevas evaluaciones en función de su afección, pero en un período no mayor a 180 días desde la última evaluación. Usted recibirá una carta de confirmación que menciona los servicios cubiertos enumerados en su plan de servicio centrado en el paciente y que incluirá el tipo de servicio, la duración (cuánto tiempo) y la frecuencia (cada cuánto) de cada servicio cubierto, y la fecha de vencimiento de la autorización.

Su plan de servicio centrado en el paciente será revisado periódicamente para garantizar

que sus servicios autorizados continúen cumpliendo con sus necesidades específicas. A medida que sus necesidades de atención médica cambien, es posible que usted necesite cambios en los tipos y/o frecuencia de los servicios que recibe. Esto requerirá un cambio en su plan de servicio centrado en el paciente. Su Coordinador de atención revisará el plan de atención con usted y su PCP personal y analizará los cambios.

Debido a que usted es una parte importante de su equipo de atención médica, es muy importante que le comunique a UnitedHealthcare Personal Assist cuáles son sus necesidades. Debe hablar con su PCP personal o con su Coordinador de atención si necesita servicios que en la actualidad no está recibiendo, o si le gustaría hacer un cambio en su plan de servicio centrado en el paciente.

## Coordinación de la atención y su equipo de atención

Su equipo de atención de UnitedHealthcare Personal Assist estará conformado por su Coordinador de atención, su PCP personal y otros miembros del personal de apoyo de UnitedHealthcare Personal Assist. El personal de apoyo puede estar integrado por asociados de los Servicios para Miembros, trabajadores sociales, farmacéuticos y nuestro director médico.

Un beneficio importante de formar parte de UnitedHealthcare Personal Assist es que se le asignará un Coordinador de atención que será el responsable de administrar todos sus servicios. Dicho coordinador tendrá experiencia en la atención en el hogar y la comunidad y también realizará visitas periódicas a su hogar para llevar a cabo nuevas evaluaciones sobre su afección. Su Coordinador de atención trabajará con usted para ayudarlo a administrar su afección crónica y vivir en su hogar de la forma más independiente

# Cómo seleccionar sus proveedores (cont.)

posible, durante el mayor tiempo posible, con el propósito de mejorar su funcionalidad y su calidad de vida. Su Coordinador de atención se elegirá, según la disponibilidad, para que pueda satisfacer mejor sus necesidades individuales culturales y de idioma.

## Cómo puede ayudarle su Coordinador de atención

- Completará una evaluación individual e integral de su salud y de sus necesidades de atención a largo plazo, y le ayudará a determinar los servicios más apropiados para satisfacer sus necesidades.
- Le ayudará a desarrollar su plan de servicio centrado en el paciente.
- Se asegurará de que se consulten los profesionales de la salud adecuados durante la evolución de su plan de servicio centrado en el paciente.
- Le dará información para ayudarlo a elegir proveedores de atención a largo plazo que tengan contrato con UnitedHealthcare Personal Assist.
- Se comunicará con usted por teléfono cada tres meses, como mínimo, y lo visitará en persona cada seis meses.
- Si su afección cambia o si es hospitalizado, su Coordinador de atención lo visitará para evaluar sus necesidades y revisar su plan de servicio centrado en el paciente a fin de satisfacer sus necesidades.
- Se asegurará de que su plan de servicio centrado en el paciente se lleve a cabo y de que funcione de manera tal que satisfaga sus necesidades.
- Controlará para garantizar que usted reciba lo que necesita y que las deficiencias en la atención sean abordadas de inmediato.
- Le entregará información sobre los recursos de la comunidad que puedan ser útiles para usted.

- Se asegurará de que los servicios que recibe en su hogar se basen en sus necesidades.
- Lo ayudará a coordinar su atención y sus necesidades de servicio.

## Cómo contactarse con su Coordinador de atención

Puede contactarse con su Coordinador de atención siempre que tenga preguntas o inquietudes sobre su atención médica llamando a Servicios para Miembros, quienes tendrán acceso a su Coordinador de atención. No necesita esperar una visita programada a su hogar o una llamada telefónica por parte del Coordinador de atención. Debe contactar a su Coordinador de atención cuando se produzca un cambio en su estado que pueda afectar el tipo o la cantidad de atención que recibe. Si necesita ayuda después del horario de atención habitual y no puede esperar hasta el día siguiente, puede llamar a UnitedHealthcare Personal Assist al **877-512-9354 (TTY/TDD 711)** para obtener ayuda.

## Cómo cambiar de Coordinador de atención

Si no está satisfecho con su Coordinador de atención, es importante que nos lo haga saber llamando al **877-512-9354 (TTY/TDD 711)**. Si no podemos resolver su inquietud, es posible que le asignemos un nuevo Coordinador de atención.

## Cómo trabajar con su médico

- Si usted no tiene un PCP personal o si su PCP no quiere trabajar con nosotros, su Coordinador de atención puede ayudarlo. No se requiere que su PCP trabaje con Personal Assist.
- Su Coordinador de atención puede ayudarlo a garantizar que su PCP personal y otros proveedores estén trabajando con usted.



- Se compartirá una copia de su plan de atención con su PCP personal.
- Su Coordinador de atención trabajará con su PCP personal para garantizar que reciba los servicios que necesita cuando se le da de alta del hospital.
- Su Coordinador de atención le informará a su PCP personal sobre cualquier evaluación y/o examen que usted se haya hecho.

## Cómo elegir a su proveedor de atención primaria (PCP)

Los servicios de cuidados primarios y agudos **no están** cubiertos por UnitedHealthcare Personal Assist. Estos servicios están cubiertos por Medicaid pago-por-servicio o regular o Medicare. Lo que usted gana es una persona de apoyo adicional, su Coordinador de atención, quien trabajará con su PCP personal para ayudarlo a guiar su atención. Si necesita asistencia para cambiar su PCP personal, su Coordinador de atención puede ayudarlo a encontrar un PCP personal calificado cerca de su hogar.

## Cómo seleccionar proveedores de los servicios cubiertos

Para los servicios cubiertos por Personal Assist, usted puede elegir cualquier proveedor de la red de UnitedHealthcare Personal Assist que ofrezca el servicio que usted necesita. Estos proveedores tienen un contrato con nosotros, de modo tal que podemos controlar sus servicios y mantenerlos dentro de los estándares profesionales. Si también está afiliado con el plan Dual Medicare de UnitedHealthcare, usted debe elegir un PCP que acepte nuestro plan de Medicare.

Su **directorio de proveedores** es su recurso para encontrar la atención que necesita. UnitedHealthcare Personal Assist le proporcionará un directorio de proveedores

que enumera los proveedores que brindan servicios a los miembros de UnitedHealthcare Personal Assist. La lista incluye agencias certificadas de atención en el hogar, agencias autorizadas de atención en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos y otros. Para los servicios cubiertos a través de la porción de Pago por Servicio de Medicaid, usted puede elegir cualquier proveedor que acepte Medicare y Medicaid.

El directorio también se encuentra disponible en línea en [www.uhccommunityplan.com](http://www.uhccommunityplan.com), en la sección para New York.

Si necesita una copia nueva o tiene preguntas sobre el directorio o sus beneficios, llame a Servicios para Miembros al **877-512-9354 (TTY/TDD 711)**.

## Cómo cambiar de proveedor

UnitedHealthcare Personal Assist alienta su participación en la administración de su atención y desea que esté satisfecho con sus proveedores tanto de los servicios cubiertos como de los no cubiertos. Si no está satisfecho, queremos saberlo y lo ayudaremos a cambiar de proveedor si es necesario. Si también está afiliado con el plan Dual Medicare de UnitedHealthcare, usted debe asegurar que su proveedor acepte UnitedHealthcare.

Para cambiar su proveedor de los servicios cubiertos, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros. Si no tiene un proveedor específico en mente, o su proveedor de preferencia no puede satisfacer sus necesidades, trabajaremos con usted para encontrar el proveedor que mejor se adapte a su ubicación, idioma primario y necesidades de atención médica específicas. También podemos ayudarlo a cambiar los proveedores de servicios no cubiertos, si es necesario.

# Cómo obtener servicios

## Cómo solicitar servicios adicionales o nuevos

Las solicitudes de beneficios o servicios adicionales o nuevos pueden realizarse llamando a **Servicios para Miembros** al **877-512-9354 (TTY/TDD 711)**. Para algunas solicitudes, su Coordinador de atención o su médico realizarán una determinación de necesidades médicas para ayudar a garantizar que su solicitud para un servicio específico o para una cantidad de servicios sea la más adecuada para su afección. Si se necesita una evaluación, esta se realizará tan rápido como su afección lo requiera o dentro de los tres días hábiles desde la recepción de su solicitud.

## Autorización previa (servicios nuevos)

Cuando solicita un servicio nuevo que nunca recibió anteriormente, esto se considera una solicitud de autorización previa. Una solicitud para cambiar un servicio en el plan de servicio centrado en el paciente para un período de autorización futura también se considera una autorización previa.

Para estas solicitudes se tomará una decisión tan pronto como su afección lo requiera o dentro de los tres días hábiles de haber recibido toda la información necesaria, pero en no más de catorce (14) días desde la recepción de la solicitud. La decisión se le notificará por teléfono o por escrito. En el caso de una autorización previa acelerada, la decisión se le notificará en un plazo no mayor a tres días hábiles desde la solicitud del servicio.

## Revisión concurrente (más del mismo servicio)

Cuando solicite servicios adicionales que están actualmente autorizados en el plan de atención servicio centrado en el paciente, la solicitud se considera una revisión concurrente.

Para estas solicitudes se tomará una decisión tan rápido como su afección lo requiera o en un (1) día hábil a partir de la recepción de toda la información necesaria, pero en no más de catorce (14) días desde la recepción de su solicitud. Para una revisión concurrente acelerada, la decisión se le notificará en no más de un (1) día hábil a partir de la recepción de la información necesaria pero en no más de tres días hábiles desde la recepción de la solicitud del servicio.

## Revisiones aceleradas

Si UnitedHealthcare Personal Assist determina, o su proveedor indica, que una demora en la aprobación de cualquier solicitud de servicio pondría seriamente en peligro su vida, su salud o su capacidad de lograr, mantener o recuperar la funcionalidad máxima, la solicitud será acelerada. Usted también puede solicitar una revisión acelerada. Si denegamos la solicitud para una revisión acelerada, llevaremos a cabo dicha revisión en los plazos habituales. Le enviaremos un aviso por escrito informándole que la solicitud no será tratada como acelerada, sino como una solicitud estándar. Usted o su proveedor pueden presentar una queja con respecto a la determinación de UnitedHealthcare Personal Assist de llevar a cabo la revisión en los plazos habituales. Su Coordinador de atención le informará por teléfono y por escrito sobre cualquier decisión tan pronto como lo requiera su afección.

## **Extensiones de los plazos de solicitud**

Es posible que UnitedHealthcare Personal Assist extienda el período de revisión hasta catorce (14) días si es necesario obtener información adicional y la extensión lo beneficia. Usted o su proveedor también pueden solicitar una extensión, en forma verbal o escrita. Le enviaremos un aviso por escrito de toda extensión que se haya otorgado.

## **Denegaciones de solicitudes (medida del plan)**

Si UnitedHealthcare Personal Assist deniega la cobertura de su autorización previa o de su solicitud de revisión concurrente, recibirá una carta de aviso de la medida del plan por correo explicándole la decisión. Usted o su proveedor pueden apelar la decisión de UnitedHealthcare Personal Assist.

# Atención transitoria, fuera de la red, fuera del área

## Atención transitoria

Al momento de la inscripción en UnitedHealthcare Personal Assist, usted puede continuar un tratamiento en curso para los servicios que nosotros cubrimos durante un período transitorio de hasta noventa (90) días a partir de la inscripción con un proveedor de atención médica que no pertenezca a la red. Si su proveedor decide abandonar la red de UnitedHealthcare Personal Assist, es posible continuar su tratamiento en curso por un período transitorio de hasta 90 días. Pida a su proveedor que llame a nuestro departamento para Autorización Previa al 866-604-3267 para solicitar cuidados de transición.

\*Miembros con membresía mandatoria que se subscriben en un MLTC tienen derecho a continuar recibiendo servicios de cuidados por un periodo de noventa (90) días. Esto significa que por noventa (90) días después de subscribirse el plan MLTC debe continuar ofreciendo los servicios de cuidados a largo plazo que los miembros recibían antes de su inscripción.

Si usted considera que tiene una afección que cumple con los criterios para recibir los servicios de la atención transitoria, hablelo con su Coordinador de atención.

## Atención fuera de la red

Si UnitedHealthcare Personal Assist no cuenta con un proveedor en su red que tenga la capacitación o la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, usted puede obtener una remisión para un proveedor de atención médica que no se encuentre dentro de la red. Si considera que necesita un proveedor fuera de la red, pónganse en contacto con su Coordinador de atención a fin de que este pueda ayudarlo a obtener una autorización de servicio.

Antes de que visite a cualquier proveedor fuera de la red para que le brinde servicios cubiertos, debe obtener una autorización de UnitedHealthcare Personal Assist. Si visita al proveedor sin una autorización de servicio, el proveedor no recibirá ningún pago. Si tiene alguna pregunta con respecto a la atención fuera de la red y/o a las autorizaciones, llame a Servicios para Miembros al **877-512-9354 (TTY/TDD 711)**.

## Atención fuera del área

### Ausencia del área de servicio del plan

Nosotros no cubrimos servicios que se proveen fuera de los límites definidos del área de servicio. Sin embargo, si usted planea estar fuera del área de servicio por un largo periodo de tiempo, por favor, póngase en contacto con su Administrador de caso tan pronto como sea

posible, para que los suministros necesarios puedan ser ordenados y usted pueda llevarlos consigo. Si usted tiene una emergencia (Vea la sección Cuidados de emergencia en su Manual de Miembros), acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Las emergencias se cubren por ser parte de la cobertura médica primaria, por ejemplo, Medicaid o Medicare.

Como miembro de UnitedHealthcare Personal Assist, usted puede pasar un tiempo que no supere los treinta (30) días fuera del área de servicio del plan. Si está planeando pasar tiempo fuera de su hogar, infórmeselo a su Coordinador de atención lo antes posible, de modo tal que este pueda hacer todo lo que esté a su alcance para ayudarle a organizar los suministros necesarios durante el tiempo que esté alejado de su hogar. Si estará fuera del área de servicio por más de treinta (30) días, será difícil para UnitedHealthcare Personal Assist continuar controlando sus necesidades y servicios de atención médica; por lo tanto, se cancelará su inscripción en el programa. Si sabe que estará fuera del área de servicio durante más de treinta (30) días, debe llamar a su Coordinador de atención para analizar sus opciones.

# Atención de emergencia

## ¿Qué es una emergencia?

Una situación de emergencia es una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad (incluido un dolor grave) que una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, podría suponer razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata pondría la salud de la persona (o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño por nacer) en grave peligro, o resultaría en el deterioro grave de las funciones corporales, o en una disfunción grave de un órgano o parte corporal.

**Usted NO necesita obtener una pre-autorización o autorización previa de UnitedHealthcare Personal Assist para recibir atención de emergencia.**

Si tiene una emergencia y necesita atención médica inmediata, **llame al 911, o diríjase de inmediato a la sala de emergencias del hospital más cercano.** Puede obtener atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si no está seguro si tiene una emergencia, puede llamar a su PCP o al **877-512-9354 (TTY/TDD 711).**

## Qué hacer luego de una emergencia

Usted debe notificar a su PCP personal y a su Coordinador de atención en UnitedHealthcare Personal Assist dentro de las 24 horas a partir de que se produce la emergencia. Si así se indica, su Coordinador de atención suspenderá en forma temporal sus servicios de atención en el hogar hasta que usted regrese a su hogar, y trabajará a su lado para asegurarse de que reciba el tipo y el nivel de servicios adecuados para satisfacer sus necesidades cuando regrese a su casa.

## Si es hospitalizado

En caso de ser hospitalizado, usted o la persona que usted designe debe ponerse en contacto con UnitedHealthcare Personal Assist dentro de las 24 horas a partir de su admisión. Su Coordinador de atención cancelará sus servicios de atención en el hogar y el resto de las citas. También debe pedirles a su PCP y a la persona que planifica el alta del hospital que se contacten con UnitedHealthcare Personal Assist. Trabajaremos con ellos para planificar el tipo adecuado de atención que necesitará al ser dado de alta del hospital.

# Quejas, medidas del plan y apelaciones

UnitedHealthcare Personal Assist hará todo lo que esté a su alcance para resolver sus inquietudes o problemas lo antes posible y a su conveniencia. Puede usar nuestro proceso de quejas o bien nuestro proceso de apelación, de acuerdo con el tipo de problema que tenga.

No se producirá ningún cambio en sus servicios ni en el trato por parte del personal de UnitedHealthcare Personal Assist o del proveedor de atención médica porque usted presente una queja o apelación. Mantendremos su privacidad. Le brindaremos toda la ayuda que necesite para presentar una queja o apelación. Esto incluye la prestación de servicios de interpretación o ayuda si tiene problemas de la vista y/o de la audición. Puede elegir a alguien (como un familiar, amigo o un proveedor) para que actúe en su nombre.

Para presentar una queja o para apelar una medida del plan, llame al: **877-512-9354 (TTY/TDD 711)** o escriba a:

**UnitedHealthcare Community Plan  
Att.: UM Appeals and Grievance  
Coordinator  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131-0364**

Cuando se comuniquen con nosotros, tendrá que darnos su nombre, dirección, número de teléfono y los detalles del problema.

## ¿Qué es una queja?

Una queja es toda comunicación en la que usted nos expresa su insatisfacción sobre la atención o el tratamiento que recibe por parte de nuestro personal o de proveedores de servicios cubiertos. Por ejemplo, si alguien fue descortés con usted o usted no está conforme con la calidad de la atención o los servicios que le proporcionamos, puede presentar una queja.

## El proceso de queja

Usted puede presentar una queja en forma oral o escrita. La persona que reciba su queja la registrará, y el personal del plan correspondiente supervisará la revisión de su queja. Le enviaremos una carta informándole que hemos recibido su queja y una descripción de nuestro proceso de revisión. Revisaremos su queja y le enviaremos una respuesta por escrito en uno de estos dos plazos:

1. Si una demora aumentara significativamente el riesgo para su salud, tomaremos una decisión dentro de 48 horas a partir de la recepción de la información necesaria, pero no más de siete (7) días calendario de la recepción de la queja.
2. Para todos los demás tipos de quejas, le notificaremos sobre nuestra decisión dentro de los cuarenta y cinco (45) días a partir de la recepción de la información necesaria, pero el proceso deberá completarse dentro de los sesenta (60) días a partir de la recepción de su queja. El período de revisión se puede prolongar hasta catorce (14) días si usted lo solicita o si necesitamos más información y la demora lo beneficia.

Nuestra respuesta describirá el resultado de nuestra revisión de la queja y nuestra decisión sobre su queja.

## ¿Cómo apelo la decisión sobre la queja?

Si no está satisfecho con la decisión que tomamos con respecto a su queja, puede solicitar una segunda revisión presentando una apelación de la queja. Debe presentar la apelación de la queja por escrito dentro de los sesenta (60) días hábiles a partir de la recepción de nuestra decisión inicial sobre su queja. Una vez que recibamos su apelación, le enviaremos un acuse de recibo por escrito con el nombre, la dirección y el número de teléfono

# Quejas, medidas del plan y apelaciones (cont.)

de la persona que hemos designado para responder a su apelación. Todas las apelaciones de quejas estarán a cargo de profesionales idóneos, incluidos profesionales de la atención médica en el caso de quejas relacionadas con asuntos clínicos, que no hayan participado en la decisión inicial.

Con respecto a las apelaciones de quejas estándar, tomaremos la decisión sobre la apelación dentro de los treinta (30) días hábiles desde que recibimos toda la información necesaria para tomar nuestra decisión. Si una demora en la toma de nuestra decisión aumentara significativamente el riesgo para su salud, utilizaremos el proceso de apelación de queja acelerada.

En el caso de las apelaciones de queja aceleradas, tomaremos nuestra decisión dentro de los dos (2) días hábiles desde que recibimos la información necesaria. Tanto en el caso de las apelaciones de queja estándar como aceleradas, le proporcionaremos un aviso por escrito sobre nuestra decisión. El aviso incluirá las razones detalladas de nuestra decisión y, en los casos relacionados con cuestiones clínicas, los fundamentos clínicos de nuestra decisión.

## ¿Qué es una medida?

Se considera una “medida” del plan cuando UnitedHealthcare Personal Assist deniega o limita los servicios que usted o su proveedor solicitan; deniega una solicitud para una remisión; decide que un servicio solicitado no es un beneficio cubierto; reduce, suspende o finaliza los servicios que ya hemos autorizado; deniega el pago de servicios; no proporciona servicios en forma oportuna; o no toma determinaciones con respecto a quejas o apelaciones dentro de los plazos requeridos. Dichas medidas están sujetas a apelaciones. (Consulte [¿Cómo presento una apelación de una medida?](#) en la página siguiente).

## Plazos del aviso de la medida

Si decidimos denegar o limitar los servicios solicitados por usted o decidimos no pagar la totalidad o parte de un servicio cubierto, le enviaremos un aviso cuando tomemos una decisión. Si proponemos reducir, suspender o finalizar un servicio que está autorizado, le enviaremos nuestra carta al menos diez (10) días antes de la fecha estimada de cambio del servicio.

## Contenido del aviso de la medida

Todo aviso que le enviemos sobre una medida incluirá la siguiente información:

- Una explicación de la medida que hemos tomado o pensamos tomar.
- Los motivos de dicha medida, incluidos los fundamentos clínicos, si corresponde.
- Una descripción de su derecho a presentar una apelación ante nosotros (y también si tiene derecho al proceso de apelación externa estatal).
- Una descripción sobre cómo presentar una apelación interna y las circunstancias en las que puede solicitar que agilicemos (aceleremos) nuestra revisión de su apelación interna.
- Una descripción de la disponibilidad de los criterios de revisión clínica sobre la base de los cuales se tomó la decisión, si la medida fue por cuestiones de necesidad médica o si el tratamiento o servicio en cuestión era experimental o de investigación.
- Una descripción de la información, si corresponde, que usted y/o su proveedor deben proporcionarnos para que podamos tomar una decisión sobre la apelación.

En el caso de que decidamos reducir, suspender o finalizar un servicio autorizado, el aviso también incluirá su derecho a que los servicios continúen mientras tomamos una decisión sobre su apelación; cómo



solicitar la continuación de sus servicios, y las circunstancias en las que posiblemente deberá pagar por los servicios si continúan prestándose durante la revisión de su apelación.

## ¿Cómo presento una apelación de una medida?

Si no está de acuerdo con una medida que hemos tomado, puede apelarla. Cuando presenta una apelación, significa que debemos analizar nuevamente el motivo de nuestra medida para determinar si teníamos razón. Puede presentar una apelación de una medida ante el plan en forma oral o escrita. Cuando el plan le envía una carta sobre una medida que está tomando (como la denegación o limitación de servicios, o la denegación del pago de servicios), debe presentar una solicitud de apelación dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la fecha que aparece en nuestra carta en la cual se le notifica sobre la medida. Si nos llama para presentar su solicitud de apelación, debe enviar una solicitud por escrito a menos que solicite una revisión acelerada.

## ¿Cómo me contacto con mi plan para presentar una apelación?

Se puede comunicar con nosotros llamando al 877-512-9354 (TTY/TDD 711) o escribiendo a:

**UnitedHealthcare Community Plan**  
**Att.: UM Appeals and Grievance**  
**Coordinator**  
**P.O. Box 31364**  
**Salt Lake City, UT 84131-0364**

Si necesita ayuda para presentar su apelación debido a problemas con el idioma, problemas de audición, del habla o de otro tipo, nuestro Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo. La persona que reciba su apelación la registrará y el personal

correspondiente supervisará la revisión de su apelación. Le enviaremos una carta informándole que hemos recibido su apelación y cómo procederemos. Su apelación será revisada por personal clínico capacitado que no haya estado involucrado en la medida o decisión inicial del plan que está apelando.

## Para ciertas medidas puede solicitar la continuación de los servicios durante el proceso de apelación

Si está apelando una reducción, suspensión o finalización de servicios que actualmente está autorizado a recibir, puede solicitar la continuación de dichos servicios mientras decidimos su apelación. Debemos continuar brindándole el servicio si nos presenta su solicitud antes de los diez (10) días posteriores a nuestro envío del aviso sobre nuestra intención de reducir, suspender o finalizar sus servicios, o antes de la fecha estimada de entrada en vigencia de nuestra medida, y si el período original cubierto por la autorización del servicio no ha vencido. Sus servicios continuarán hasta que haya retirado la apelación, haya expirado el período original de autorización del servicio o hasta los diez (10) días posteriores al envío del aviso sobre la decisión de la apelación, si nuestra decisión no es favorable para usted, a menos que haya solicitado una Audiencia Imparcial de Medicaid del Estado de Nueva York con continuación de servicios. (Consulte la sección sobre audiencias imparciales que se encuentra a continuación).

Si bien usted puede solicitar la continuación de los servicios durante la revisión de su apelación, si esta no es favorable para usted, podemos exigirle que pague dichos servicios si fueron proporcionados solo porque usted solicitó la continuación de dichos servicios durante la revisión de su apelación.

# Quejas, medidas del plan y apelaciones (cont.)

## ¿Cuánto tiempo tardará el plan en tomar una decisión sobre la apelación de una medida?

A menos que solicite una revisión acelerada, revisaremos su apelación de la medida que hemos tomado como una apelación estándar y le enviaremos una decisión por escrito tan pronto como su afección lo requiera, pero en no más de treinta (30) días de haber recibido la apelación. (El período de revisión se puede prolongar hasta catorce (14) días si usted lo solicita o si necesitamos más información y la demora lo beneficia). Durante nuestra revisión, tendrá la oportunidad de presentar su caso en persona y por escrito. También tendrá la oportunidad de consultar cualquiera de sus registros que forman parte de la revisión de la apelación.

Le enviaremos un aviso de la decisión que hemos tomado acerca de su apelación que incluirá dicha decisión y la fecha en que la tomamos.

Si reversionamos la decisión de denegar o limitar los servicios solicitados o de reducir, suspender o finalizar los servicios, y dichos servicios no se prestaron mientras la apelación estaba pendiente, le brindaremos los servicios en cuestión tan pronto como su afección lo requiera. En ciertos casos, puede solicitar una apelación “acelerada”. (Consulte la sección Proceso de apelación acelerada que se encuentra a continuación).

## Proceso de apelación acelerada

Si usted o su proveedor consideran que esperar el tiempo de una apelación estándar podría causar un problema grave a su salud o a su vida, puede solicitar una revisión acelerada de su apelación de la medida. Le enviaremos

una respuesta con nuestra decisión dentro de los dos (2) días hábiles desde que recibimos toda la información necesaria. En ningún caso el tiempo que demorará nuestra decisión será de más de tres (3) días hábiles desde que recibimos su apelación. (El período de revisión se puede prolongar hasta 14 días si usted lo solicita o si necesitamos más información y la demora lo beneficia).

Si no estamos de acuerdo con su solicitud para acelerar la apelación, haremos todos los esfuerzos posibles para comunicarnos con usted personalmente para informarle que hemos denegado su solicitud de apelación acelerada y que la trataremos como una apelación estándar. Asimismo, le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión de denegar su solicitud de apelación acelerada dentro de los dos (2) días a partir de que recibimos su solicitud.

## Si el plan deniega mi apelación, ¿qué puedo hacer?

Si nuestra decisión sobre su apelación no es totalmente a su favor, el aviso que reciba le explicará su derecho a solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid del Estado de Nueva York y cómo obtener una audiencia imparcial, quiénes pueden comparecer en la audiencia imparcial en su nombre y, en el caso de ciertas apelaciones, su derecho a solicitar que se proporcionen los servicios mientras la audiencia esté pendiente, y cómo presentar dicha solicitud. Si denegamos su apelación por cuestiones de necesidad médica o porque el servicio en cuestión era experimental o de investigación, el aviso también incluirá una explicación sobre cómo solicitar al Estado de Nueva York una “apelación externa” de nuestra decisión.

## **Audiencias imparciales estatales**

Si nuestra decisión de la apelación no es totalmente a su favor, puede solicitar una Audiencia Imparcial de Medicaid del Estado de Nueva York dentro de los sesenta (60) días a partir de la fecha en que le enviamos el aviso de nuestra decisión sobre su apelación.

Si su apelación estaba relacionada con la reducción, suspensión o finalización de servicios autorizados que actualmente recibe, y usted ha solicitado una audiencia imparcial, también puede solicitar la continuación de dichos servicios mientras espera la decisión de la audiencia imparcial. Debe marcar la casilla en el formulario que presente para solicitar una audiencia imparcial indicando que desea continuar recibiendo los servicios en cuestión. Debe presentar su solicitud de continuación de los servicios dentro de los diez (10) días desde la fecha en que le enviamos la decisión de la apelación o antes de la fecha estimada de entrada en vigencia de nuestra medida de reducción, suspensión o finalización de sus servicios, lo que ocurra más tarde. Sus beneficios continuarán hasta que haya retirado la apelación; haya finalizado el período original de autorización del servicio; o hasta que el Funcionario de la Audiencia Imparcial Estatal falle en su contra, lo que ocurra primero.

Si el Funcionario de la Audiencia Imparcial Estatal revierte nuestra decisión, debemos asegurarnos de que usted reciba los servicios en cuestión de inmediato y tan pronto como su afección lo requiera. Si recibió los servicios en cuestión mientras su apelación se encontraba pendiente, seremos responsables del pago de los servicios cubiertos ordenados por el Funcionario de la Audiencia Imparcial.

Si bien usted puede solicitar la continuación de los servicios mientras espera la decisión de su audiencia imparcial, si dicha audiencia imparcial no es favorable para usted, es posible que sea responsable del pago de los servicios sujetos a la audiencia Imparcial.

## **Apelaciones externas estatales**

Si denegamos su apelación porque determinamos que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o de investigación, puede solicitar una apelación externa al Estado de Nueva York. La decisión sobre la apelación externa está a cargo de revisores que no trabajan para nosotros ni para el Estado de Nueva York. Los revisores son personas calificadas aprobadas por el Estado de New York. No tiene que pagar por una apelación externa. Cuando tomamos la decisión de denegar una apelación por falta de necesidad médica o porque el servicio es experimental o de investigación, le proporcionaremos información sobre cómo presentar una apelación externa, incluido un formulario para presentar la apelación externa junto con nuestra decisión de denegar la apelación. Si desea realizar una apelación externa, debe presentar el formulario ante el Departamento de Seguros del Estado de Nueva York (New York State Department of Insurance) dentro de los cuatro meses desde la fecha en que denegamos su apelación.

Se tomará una decisión sobre su apelación externa en un plazo de treinta (30) días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. El revisor le comunicará la decisión final dentro de los dos (2) días hábiles desde que se tomó la decisión tanto a usted como a nosotros.

Puede obtener una decisión más rápida si su médico informa que una demora causaría

# Quejas, medidas del plan y apelaciones (cont.)

un daño serio a su salud. Esto se denomina apelación externa acelerada. El revisor de la apelación externa tomará una decisión sobre la apelación acelerada en tres (3) días o menos. El revisor le comunicará la decisión de inmediato, por teléfono o fax, a usted y a nosotros. Luego, se le enviará una carta con la información sobre la decisión.

Usted puede solicitar una audiencia imparcial y una apelación externa. Si pide una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión del Funcionario de la Audiencia Imparcial será “la que cuente”.

## Apelaciones Externas

Usted puede solicitar una solicitud para una apelación externa llamando a:

Servicios para Miembros de  
UnitedHealthcare Personal Assist al  
**877-512-9354 (TTY/TDD 711)**, o

al Departamento de Servicios Financieros del  
estado de New York al **1-800-400-8882**, o

por email al:  
[externalappealquestions@dfs.ny.gov](mailto:externalappealquestions@dfs.ny.gov)

Envíe sus solicitudes de Apelaciones Externas  
al Departamento de Servicios Financieros:

**New York State External Appeal**  
**P.O. Box 7209**  
**Albany, NY 12224-0209**, or

Por Fax al **1-800-332-2729**. Si su apelación  
es expedita, usted debe llamar también al  
**1-888-990-3991** (sin costo) para informarnos.

## Derecho a una audiencia imparcial

Si usted piensa que la acción que hemos  
tomado no es correcta, usted puede solicitar  
al estado una audiencia imparcial llamando  
por teléfono o haciéndolo por escrito.

1. **Telefono:** Llamando gratuitamente  
desde cualquier parte del estado al  
**1-800-342-3334**. (Tenga la notificación  
de la negación a la mano cuando llame.)
2. **Fax:** Envíe vía fax copias de todos sus  
papeles de la notificación de negación  
al **(518) 473-6735**.
3. **En persona:** Presente copia de todos sus  
papeles acerca de su notificación de  
negación en la oficina de Administrative  
Hearings de la oficina de Temporary &  
Disability Assistance, 330 West 34th  
Street, 3rd Floor, New York, NY – o  
14 Boerum Place, 1st Floor, Brooklyn, NY.
4. **Para escribir acerca de una audiencia  
imparcial:** Llene la información solicitada  
en su notificación de negación y envíe una  
copia de todas las páginas a:

**Fair Hearing Section**  
**NYS Office of Temporary and**  
**Disability Assistance**  
**Fair Hearings**  
**P.O. Box 22023**  
**Albany, NY 12201-2023**

# Cómo abandonar el plan

## Cancelación voluntaria de la inscripción (si usted desea abandonar el plan)

Usted puede decidir cancelar su inscripción en UnitedHealthcare Personal Assist en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede iniciar la cancelación de la inscripción por medio de un aviso verbal o escrito a UnitedHealthcare Personal Assist. Si cancela la inscripción en forma verbal, le enviaremos una carta confirmando su solicitud de cancelación de la inscripción.

Si su decisión es cancelar la inscripción debido a que no está satisfecho con los servicios o procesos del plan, nos gustaría tener la posibilidad de resolver la circunstancia que lo llevó a tomar dicha decisión. Su Coordinador de atención puede analizar su decisión con usted. Si no podemos resolver el problema, lo ayudaremos a planificar su atención para después de la cancelación de la inscripción.

La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción es el primer día del mes siguiente al mes en el que la HRA/LDSS o NY Medicaid Choice procesen la solicitud de cancelación de la inscripción. Continuaremos brindándole servicios hasta la fecha en que la cancelación de la inscripción entre en vigencia. Le informaremos por escrito sobre la fecha propuesta de cancelación de la inscripción.

Si usted necesita continuar con los servicios que le proporcionan la HRA/LDSS, la fecha de cancelación de la inscripción estará sujeta a la capacidad de la HRA/LDSS de determinar y aprobar la solicitud de dichos servicios.

Se considerará que todo miembro de UnitedHealthcare Personal Assist que se asocie y/o reciba servicios de otro plan de atención administrada cuya capitación esté a cargo de Medicaid, un programa de exención de servicios basado en el hogar y la comunidad, o un Programa Integral de Administración de Casos de Medicaid

o Programa de Tratamiento de Día de la OPWDD, ha iniciado la cancelación de su inscripción en UnitedHealthcare Personal Assist.

## Transferencias del Plan

Usted puede optar por cambiar a otro plan de cuidados administrados a largo plazo si usted desea. Esto se considera una transferencia. Si transfiere a otro plan de cuidados administrados a largo plazo, puede continuar recibiendo los servicios basados en el hogar y la comunidad. Para transferir, llame a New York Medicaid Choice al 1-888-401-6582 o TTY: 1-888-329-1541 y comuníquese a cual plan desea transferir.

\* **Nota importante:** Si decide cancelar su inscripción en un plan de cuidados administrados a largo plazo y opta por no inscribirse en otro plan de cuidados administrados a largo plazo, **no** podrá mantener sus servicios basados en el hogar y la comunidad.

## Cancelación involuntaria de la inscripción (el plan inicia la cancelación de la inscripción)

La cancelación involuntaria de la inscripción es una cancelación que el plan inicia sin su consentimiento.

A continuación se enumeran los motivos por los que UnitedHealthcare Personal Assist **debe** iniciar la cancelación involuntaria de su inscripción:

- Ya no reside en el área de servicio del plan.
- Ha estado fuera del área de servicio del plan por más de treinta (30) días consecutivos.
- Es hospitalizado o ingresa a un programa residencial de la Oficina de Salud Mental (Oficina of Mental Health, OMH), la Oficina de Retraso Mental

## Cómo abandonar el plan (cont.)

- y Discapacidades de Desarrollo (Oficina of Mental Retardation and Disability Development, OPWDD) o la Oficina de Servicios de Abuso de Alcohol y Sustancias (Oficina of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) por 45 días o más.
- Necesita atención en un hogar de ancianos por razones clínicas, pero no es elegible para recibir dicha atención bajo las normas institucionales del programa Medicaid.
- Deja de ser elegible para recibir los beneficios de Medicaid.
- Ya no requiere más de 120 días de servicios basados en el hogar y la comunidad.
- Es encarcelado.

Por favor llame a New York Medicaid Choice al 1-888-401-6582 o TTY: 1-888-329-1541 si tiene preguntas o necesita ayuda en seleccionar un plan nuevo.

A continuación se enumeran los motivos por los que UnitedHealthcare Personal Assist **podría** iniciar la cancelación involuntaria de su inscripción:

- Usted, los miembros de su familia u otros integrantes de su hogar se involucraron en conductas o comportamientos que afectaron seriamente la prestación de servicios de UnitedHealthcare Personal Assist ya sea a usted o a otro miembro.
- No puede pagar o hacer arreglos para pagar el monto que se le debe a UnitedHealthcare Personal Assist como pago deducible o excedente o ingreso neto mensual disponible (Net Available Monthly Income, NAMI) dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de vencimiento.

- No completó ni presentó intencionadamente el consentimiento o divulgación necesarios.
- Proporcionó información falsa al plan o se involucró en conductas fraudulentas con respecto a cualquier aspecto sustancial de su membresía al plan.

La cancelación involuntaria de la inscripción **no** se procesará sin la aprobación de la HRA/LDSS o NY Medicaid Choice, si se aplica. Se le enviará al miembro una carta de confirmación de la cancelación involuntaria de la inscripción para informarle que el plan ha recibido la aprobación de la HRA/LDSS o NY Medicaid Choice, si se aplica, para la cancelación involuntaria de la inscripción con la fecha de entrada en vigencia.

Si usted no está de acuerdo con la cancelación involuntaria de la inscripción, puede presentar una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia imparcial con continuación de la asistencia, continuará inscrito en el plan médico hasta que finalice la audiencia imparcial y se tome la decisión.

# Pago de servicios

## Pago y financiamiento de UnitedHealthcare Personal Assist

Por cada miembro que se inscribe en UnitedHealthcare Personal Assist, el plan recibe un único pago mensual por parte de Medicaid para la prestación y el pago de todos los servicios cubiertos del miembro. No se cobrarán primas, copagos ni deducibles a los miembros.

## Cómo pagamos a nuestros proveedores

Todos los proveedores de la red cuentan con un contrato con UnitedHealthcare Personal Assist por los servicios que proporcionan y el plan les paga por los servicios prestados a los miembros. Esto se denomina pago por servicio. A los proveedores solo se les paga por proporcionarles atención médica que sea médicamente necesaria. UnitedHealthcare Personal Assist también pagará a sus proveedores por los servicios que requieran autorización previa, si usted o su médico obtienen la aprobación del plan antes de recibir dichos servicios. Las decisiones se basan en la necesidad médica y en cuán apropiados son la atención médica y el servicio. Los proveedores de UnitedHealthcare Personal Assist nunca deben cobrarle un copago. Si recibe una factura directamente de un proveedor por un servicio cubierto, llame al departamento de Servicios para Miembros al **877-512-9354 (TTY/TDD 711)** y ellos lo ayudarán a resolver la situación.

## Qué sucede si usted tiene un excedente de Medicaid (pago deducible)

En el Estado de Nueva York, usted puede recibir Medicaid incluso si su ingreso mensual es superior al límite de Medicaid, siempre y cuando acepte pagar lo que Medicaid llama un pago deducible. El pago deducible mensual es una cantidad determinada por la HRA/LDSS. UnitedHealthcare Personal Assist es responsable de cobrarle el monto del pago deducible todos los meses. Si usted tiene un pago deducible mensual, le enviaremos una factura mensual con el monto del pago deducible a pagar. Si no paga el monto del pago deducible adeudado dentro de los treinta (30) días desde que recibió la factura, UnitedHealthcare Personal Assist tiene el derecho a iniciar la cancelación de la inscripción.

## Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB)

Si usted cuenta con cobertura de UnitedHealthcare Personal Assist y de otro plan de salud como Medicare, ambos planes compartirán el costo de todos los servicios que reciba. UnitedHealthcare Personal Assist se pondrá de acuerdo con otros pagadores. Los proveedores le facturarán a Medicare y a las demás compañías de seguro antes de que UnitedHealthcare Personal Assist pague por los servicios. Usted no es responsable del pago de los servicios cubiertos.

# Derechos y responsabilidades de los miembros

## Sus derechos incluyen:

- Tiene derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho a contar con acceso oportuno a la atención y los servicios.
- Tiene derecho a la privacidad de sus registros médicos y cuando recibe tratamiento.
- Tiene derecho a obtener información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles presentada de forma tal que usted la entienda, y en un lenguaje apropiado.
- Tiene derecho a obtener información en un idioma que comprenda y puede recibir servicios de traducción oral sin costo alguno.
- Tiene derecho a obtener la información necesaria para dar un consentimiento informado antes de comenzar un tratamiento.
- Tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
- Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y a solicitar que dichos registros se enmienden o corrijan.
- Tiene derecho a participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a permanecer libre de toda restricción o aislamiento empleados como medidas coercitivas, disciplinarias, de conveniencia o de represalia.
- Tiene derecho a obtener cuidados sin importar el sexo, la raza, el estado de salud, el color, la edad, la nacionalidad, la orientación sexual, el estado civil o la religión.

- Tiene derecho a saber dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de atención administrada a largo plazo, incluido cómo obtener beneficios cubiertos por parte de proveedores fuera de la red si no se encuentran disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a quejarse ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o ante el Departamento Local de Servicios Sociales; y, tiene derecho a una Audiencia Imparcial del Estado de Nueva York y/o a una Apelación Externa del Estado de Nueva York, si corresponde.
- Tiene derecho a designar una persona para que hable en su nombre sobre su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a hacer directrices y planes anticipados sobre su atención.

## Sus responsabilidades incluyen:

- Recibir todos los servicios cubiertos a través de UnitedHealthcare Personal Assist.
- Utilizar la red de proveedores de UnitedHealthcare Personal Assist para los servicios cubiertos.
- Obtener autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos aprobados previamente.
- Recibir atención de su médico si se presenta un cambio en su estado de salud.
- Compartir información de salud completa y precisa con los proveedores de atención médica.
- Informar al personal de UnitedHealthcare Personal Assist sobre cualquier cambio en su salud y decirle si no comprende o no puede seguir las instrucciones.



- Seguir el plan de servicios centrado en el paciente recomendado por UnitedHealthcare Personal Assist.
- Notificar a UnitedHealthcare Personal Assist dentro de los dos (2) días hábiles, preferentemente antes, o si no después de recibir servicios no cubiertos o servicios cubiertos aprobados previamente.
- Notificar a UnitedHealthcare Personal Assist por adelantado si no estará en su hogar para recibir los servicios o la atención que se ha dispuesto para usted.
- Informar a UnitedHealthcare Personal Assist antes de mudarse de forma permanente fuera del área de servicio, o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Realizar todo lo posible para pagar a UnitedHealthcare Personal Assist cualquier monto excedente de Medicaid adeudado.
- Mantener la elegibilidad para Medicaid.

# Fraude y abuso

Es un acto delictivo si una persona deliberadamente obtiene cobertura de Medicaid sobre la base de información falsa. También es contrario a la ley lo siguiente:

- Ayudar a otra persona a obtener cobertura de Medicaid sobre la base de información falsa.
- Tergiversar, hacerse pasar por otra persona u ocultar algún hecho que haría que Medicaid proporcione cobertura a una persona que no es elegible.
- Obtener o ayudar a una persona a que obtenga más beneficios o bien beneficios de un nivel superior al que debería recibir.
- En el caso de cualquier persona o negocio, realizar una declaración falsa sobre el estado de salud de una persona o sobre su elegibilidad para el seguro de salud.

Si se lo encuentra culpable, las sanciones variarán desde devolverle a Medicaid y UnitedHealthcare Personal Assist los pagos realizados por la atención médica de una persona, hasta cumplir un período en prisión. Se les puede prohibir a los proveedores de atención médica que participen en el programa Medicaid, como así también pueden recibir otras sanciones.

## Algunos ejemplos de fraude y abuso comunes son:

- Facturarle o cobrarle por servicios que su plan médico cubre.
- Ofrecerle regalos o dinero para recibir tratamiento o servicios.
- Ofrecerle servicios, equipos o suministros gratuitos a cambio de su número de Medicaid.
- Proporcionarle tratamientos o servicios que no necesita.
- Abuso físico, mental o sexual por parte del personal médico.
- Uso de la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Personal Assist o de Medicaid de otra persona.

Si sospecha de fraude o abuso de proveedores, comuníquese con la línea directa de denuncia anónima de UnitedHealthcare Personal Assist al 866-242-7727. No tiene que dejar su nombre. Si lo hace, al proveedor no se le dirá su nombre.

También puede denunciar de manera anónima el fraude de un proveedor a **la Oficina del Inspector General de Medicaid del Estado de Nueva York (NYS Office of Medicaid Inspector General NYS-OMIG)** de las siguientes maneras:

### Teléfono:

Llamada gratuita al 877-873-7283 o 518-402-1378

### Correo:

NYS OMIG  
Bureau of Medicaid  
Fraud Allegations  
800 North Pearl Street  
Albany, NY 12204

**Fax:** 518-408-0480

**Correo electrónico:** [bmfa@omig.ny.gov](mailto:bmfa@omig.ny.gov)

**Internet:** [www.omig.ny.gov](http://www.omig.ny.gov)

# Avisos de privacidad

## AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SE PODRÍA USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA. EXPLICA CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.**

**Vigente a partir del 23 de septiembre de 2013**

Nosotros<sup>1</sup> por ley, debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, HI). Deberemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con otros.
- Qué derechos tiene sobre su información de salud.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

En este aviso, “información de salud” (HI) se refiere a la información que se puede usar para identificarlo. Además, deberá relacionarse con su salud o sus servicios de atención médica. Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, le enviaremos un aviso por correo en nuestro próximo envío anual o podemos enviárselo por correo electrónico, si la ley lo permite. Publicaremos el nuevo aviso en el sitio web de su plan de salud [www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com). Tenemos el derecho a hacer que los cambios se apliquen a la información de salud que tengamos y a la información que recibamos en el futuro. Cumpliremos con la ley y le proporcionaremos una notificación de una violación de su información de salud.

Recopilamos y mantenemos su información de salud para que podamos llevar nuestro negocio. HI puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su información de salud a nuestros empleados y proveedores de servicios que manejan su cobertura y proveen servicios. Tenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento por las normas federales para proteger su información de salud.

## Cómo usamos o compartimos la información

**Debemos** usar y compartir su información de salud si nos lo piden:

- Usted o su representante legal.
- El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) para asegurarse de que su privacidad esté protegida.

**Tenemos derecho a** utilizar y compartir información de salud. Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podríamos usarla y compartirla con los propósitos siguientes:

- **Para pagos.** Esto también puede incluir la coordinación de beneficios. Por ejemplo, podemos decirle a su médico si usted es elegible para la cobertura y cuánto de la factura podría estar cubierto.
- **Para tratamiento** o manejo de la atención. Por ejemplo, podríamos compartir su información de salud con proveedores para ayudarles a que le brinden atención.

## Avisos de privacidad (cont.)

- **Para operaciones de atención médica** relacionadas con su atención. Por ejemplo, podríamos recomendar un programa de manejo de enfermedades o de bienestar. Podríamos estudiar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios.
- **Para informarle sobre programas o productos de salud.** Podría tratarse de otros tratamientos o de productos y servicios. Estas actividades podrían estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podríamos proporcionar información sobre las inscripciones y un resumen de información de salud a un patrocinador de un plan de empleadores. Podríamos proporcionarles otra información de salud si acceden en limitar su uso de acuerdo con las leyes federales.
- **Por razones de respaldo.** Podemos usar su información de salud para tomar decisiones de respaldo, pero no utilizaremos su información de salud genética para fines de respaldo.
- **Para recordatorios** sobre beneficios o atención. Por ejemplo, recordatorios de citas.

También podríamos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas relacionadas con su atención.** Podría tratarse de algún familiar suyo. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Por ejemplo, en casos de emergencia o si usted acepta o no objeta cuando se le pregunta. Si no puede objetar, usaremos nuestro mejor criterio. Se aplican normas especiales para

cuando podemos compartir HI de personas que han muerto.

- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para informar sobre maltratos, abandono o violencia doméstica.** Podremos compartirla con entidades autorizadas por la ley para recibir esta información de salud. Podría tratarse de una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia que cuente con el permiso legal para obtener la información de salud. Esto podría ser en el caso de investigaciones sobre licencias, auditorías, fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para aplicar la ley.** Para encontrar una persona desaparecida o denunciar un delito.
- **Para prevenir 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.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso de las fuerzas armadas o de los servicios a veteranos de guerra, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para compensación de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar una enfermedad o discapacidad, según lo permita la ley.

- **Para proporcionar información sobre defunciones.** Podría ser para el médico forense o para el examinador médico. Para identificar a la persona fallecida, descubrir la causa de la muerte o según lo indique la ley. Podríamos proporcionar la información de salud a los directores de funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para instituciones penitenciarias o para las fuerzas del orden público.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles 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 servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información de salud. No se les permite usar la información de salud, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales podrían limitar el uso y la divulgación de información de salud altamente confidencial. Esto podría incluir leyes estatales sobre:
  1. VIH/SIDA
  2. Salud mental
  3. Pruebas genéticas
  4. Abuso de alcohol y drogas
  5. Enfermedades de transmisión sexual (STD) y salud reproductiva
  6. Maltrato, agresión sexual o abandono de menores o adultos

Si se aplican leyes más estrictas, aspiramos a cumplir esas leyes. Se adjunta un documento de “Enmiendas federales y estatales”.

Salvo lo que se indica en este aviso, solamente usaremos su información de salud con su consentimiento por escrito. Esto incluye obtener su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia acerca de usted, para vender su información de salud a otras personas, o para usar su información de salud para ciertos propósitos promocionales. Si nos permite que compartamos su información de salud, no le prometemos que el receptor no la compartirá. Puede retirar su consentimiento, a menos que ya hayamos actuado de acuerdo con tal consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

## Sus derechos

Tiene derecho a:

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información relacionada con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas involucradas en su atención médica o en el pago de dicha atención. Podríamos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Solicitar comunicaciones confidenciales** en una forma o lugar distintos. (Por ejemplo, en un apartado postal, no en su casa). Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud.

## Avisos de privacidad (cont.)

- Deberá hacerse por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo.
- **Para ver u obtener una copia** de la información de salud que usamos para tomar decisiones con respecto a usted. Deberá hacer la solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo Si mantenemos registros electrónicos, tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia electrónica a usted o 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 su información de salud está equivocada o incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá hacer la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, podría agregar su desacuerdo a su información de salud.
  - **Recibir una lista** de su información de salud compartida durante los seis años previos a su solicitud. Esto no incluirá ninguna información de salud compartida: (i) para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o del orden público. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
  - **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia en cualquier momento. Incluso si acepta recibir este aviso por medios electrónicos, tiene derecho a recibir una copia impresa. También podría obtener una copia en nuestro sitio web, [www.UHCCCommunityPlan.com](http://www.UHCCCommunityPlan.com).

## Cómo usar sus derechos

- **Para comunicarse con su plan de salud. Llame al número de teléfono que se muestra al dorso de su tarjeta de identificación.** O podrá comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al 1-866-633-2446 (TTY: 711).
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo a:  
**UnitedHealthcare Government Programs Privacy Office**  
MN006-W800  
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.

**ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN FINANCIERA SE PUEDE USAR Y COMPARTIR. EXPLICA CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.**

**Vigente a partir del 23 de septiembre de 2013**

Protegemos<sup>2</sup> su “información financiera personal” (financiamiento personal, FI). Esto representa la información no relacionada con la salud sobre una persona con cobertura médica o sobre una persona que solicite la cobertura. Se trata de información que identifica a la persona y que por lo general no es pública.

## **Información que recopilamos**

Obtenemos información financiera sobre usted de:

- Solicitudes o formularios. Esto podría incluir nombre, dirección, edad y número de Seguro Social.
- Sus transacciones con nosotros o con otras empresas. Podría ser información sobre el pago de primas.

## **Divulgación de la información financiera**

No compartimos información financiera de nuestros miembros ni de personas que hayan sido miembros, excepto cuando la ley lo requiera o lo permita.

A fin de realizar nuestras operaciones comerciales, es posible que compartamos información financiera con nuestras filiales sin su consentimiento. Esto sirve para informarles acerca de sus transacciones, como el pago de sus primas.

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras compañías de seguro y compañías no financieras; por ejemplo, las procesadoras de información.
- A otras compañías para nuestros propósitos comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a las citaciones judiciales y a las investigaciones legales.
- A otras compañías que prestan servicios para nosotros, que incluyen el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

## **Confidencialidad y seguridad**

Limitamos el acceso a su información financiera a nuestros empleados y proveedores de servicios que administran su cobertura y proporcionan los servicios. Aplicamos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento, de acuerdo con normas federales, para proteger su información financiera.

## **Preguntas sobre este aviso**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, **llame al número de teléfono gratuito que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación del plan de salud** o contáctese con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al 1-866-633-2446 (TTY: 711).

## Avisos de privacidad (cont.)

<sup>1</sup> Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: This Medical Information Notice of Privacy Practices applies to the following health plans that are affiliated with UnitedHealth Group: ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; AmeriChoice of Connecticut, Inc.; AmeriChoice of Georgia, Inc.; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus of Maryland, Inc.; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance Company; Citrus Health Care, Inc.; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Evercare of Arizona, Inc.; Golden Rule Insurance Company; Health Plan of Nevada, Inc.; MAMSI Life and Health Insurance Company; MD – Individual Practice Association, Inc.; Medical Health Plans of Florida, Inc.; Medica HealthCare Plans, Inc.; Midwest Security Life Insurance Company; National Pacific Dental, Inc.; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; Pacificare Life and Health Insurance Company; Pacificare Life Assurance Company; Pacificare of Arizona, Inc.; Pacificare of Colorado, Inc.; Pacificare of Nevada, Inc.; Physicians Health Choice of New York, Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Partners, Inc.; Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; UHC of California; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; Unison Health Plan of the Capital Area, Inc.; United Behavioral Health; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Life Insurance Company; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of 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 North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Utah, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

<sup>2</sup> 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 de pie de página 1, a partir de la primera página de Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad, además de las filiales siguientes de UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; HealthAllies, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physicians Choice Insurance Services, LLC; ProcessWorks, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo se aplica cuando la ley lo exija. Específicamente, no tiene vigencia 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 para las entidades cubiertas por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) u otros productos de seguro médico.



**AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
DEL PLAN DE SALUD DE UNITEDHEALTH GROUP:  
ENMIENDAS ESTATALES Y FEDERALES**

**Revisado: 23 de septiembre de 2013**

La primera parte de este Aviso (páginas 1 a 5) indica cómo podemos usar y divulgar su información de salud (“HI”) según las normas federales de privacidad. Otras leyes podrían limitar estos derechos. Los cuadros siguientes:

1. Muestran las categorías que están sujetas a leyes más estrictas.
2. Le ofrecen un resumen de cuándo podemos usar y divulgar su información de salud sin su consentimiento.

Su consentimiento por escrito, si es necesario, debe cumplir con las reglas de las leyes federales o estatales que correspondan.

**Resumen de las leyes federales**

**Información sobre and abuso de alcohol y drogas**

Podríamos usar y compartir información sobre alcohol y drogas protegida por las leyes federales únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertos receptores.

**Información genética**

No se nos permite usar la información genética para fines de aseguramiento.

---

# Avisos de privacidad (cont.)

## Resumen de las leyes estatales

<b>Información de salud general</b>	
Estamos autorizados a compartir información de salud general únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, NE, PR, RI, VT, WA, WI
Una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) debe permitirles a los afiliados aprobar o rechazar la divulgación de información, con algunas excepciones.	KY
Usted puede limitar ciertas divulgaciones electrónicas de la información de salud.	NC, NV
No podremos utilizar su información de salud para ciertos propósitos.	CA, IA
No utilizaremos y/o revelaremos información relativa a ciertos programas de asistencia pública, excepto para ciertos propósitos.	KY, MO, NJ, SD
Debemos cumplir con las restricciones adicionales antes de usar o revelar su información de salud para ciertos propósitos.	KS
<b>Recetas</b>	
Podremos compartir la información sobre recetas únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	ID, NH, NV
<b>Enfermedades contagiosas</b>	
Podremos compartir información sobre enfermedades contagiosas únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
<b>Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva</b>	
Estamos autorizados a compartir información sobre las enfermedades de transmisión sexual y/o salud reproductiva únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
<b>Abuso de alcohol y drogas</b>	
Podremos usar y compartir información sobre el abuso de alcohol y drogas únicamente (1) en casos limitados y/o compartir solamente con (2) recipientes específicos.	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
La divulgación de la información sobre el abuso de alcohol y drogas podrá ser limitada por la persona que es sujeto de dicha información.	WA

## **Resumen de las leyes estatales (continuación)**

<b>Información genética</b>	
No podremos divulgar información genética sin su consentimiento por escrito.	CA, CO, IL, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
Podremos compartir la información genética únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AK, AZ, FL, GA, IA, MD, MA, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
Se aplican restricciones a (1) el uso, y/o (2) el mantenimiento de la información genética.	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT
<b>VIH / SIDA</b>	
Podremos compartir la información relacionada con el VIH/SIDA (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AZ, AR, CA, CT, DE, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, ME, MI, MO, MT, NY, NC, NH, NM, NV, OR, PA, PR, RI, TX, VT, WV, WA, WI, WY
Se aplican algunos límites para la divulgación oral de información relacionada con el VIH/SIDA.	CT, FL
Recabamos cierta información sobre VIH/SIDA sólo con su consentimiento por escrito.	OR
<b>Salud mental</b>	
Podremos compartir información sobre salud mental únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
La divulgación de la información podrá ser limitada por la persona que es el sujeto de dicha información.	WA
Se aplican ciertas restricciones para la divulgación oral de información sobre la salud mental.	CT
Se aplican ciertas restricciones al uso de información sobre salud mental.	ME
<b>Abuso de menores o de adultos</b>	
Podremos usar y compartir información sobre abuso de menores y/o adultos únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AL, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, NY, RI, TN, TX, UT, WI

# Información que el plan le proporcionará cuando usted lo solicite

## La siguiente información se le proporcionará a un miembro o a un miembro potencial cuando lo soliciten:

- Nombres, direcciones y cargos de los funcionarios y de los miembros de la Junta de Directores.
- Información sobre la estructura y operación de UnitedHealthcare Personal Assist.
- El estado contable certificado más reciente.
- Los procedimientos para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otra información sobre los miembros.
- Los procedimientos y programas de la gestión de calidad.
- Afiliaciones a hospitales del proveedor de atención médica, si las hubiera.
- Criterios de revisión clínica para afecciones y enfermedades específicas y otra información clínica que se use en una revisión de utilización.
- Procedimientos de solicitud y requisitos mínimos de capacitación de los proveedores para que los proveedores de atención médica sean tenidos en cuenta por UnitedHealthcare Personal Assist.



