

UNITEDHEALTHCARE COMMUNITY PLAN
PO BOX 31349
SALT LAKE CITY UT 84131



N

Sus beneficios comienzan:

>000001 0000000 003115
NEW ENGLISH
124 ANY STREET
ANYTOWN LA 99999-9999

Bienvenido

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan. Aquí está su nueva tarjeta de identificación como miembro para Hoosier Care Connect. Le da acceso a beneficios de salud física y conductual. Nosotros estamos orgullosos de tenerle como miembro y esperamos hacer que su experiencia de cuidados médicos sea lo más fácil posible a partir de hoy.

Conéctese

Regístrese ahora en myuhc.com/CommunityPlan para tener acceso por internet las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a su cuenta del plan de salud. Este sitio en internet es rápido, fácil y seguro; mantiene toda su información médica en un solo lugar. Utilice su computadora, tableta o teléfono móvil para conectarse.

24/7

- Para encontrar/cambiar de doctor
- Para ver/imprimir su tarjeta de identificación
- Para ver sus beneficios
- Para ver la lista de medicamentos preferidos

¿Necesita usted más ayuda? Llame al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m. EST, de lunes a viernes. Servicios para Miembros pueden responder a sus preguntas acerca de su cobertura, ayudarle a encontrar a un doctor o ayudarle a concertar una cita.

© 2021 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.
CST32180_S 1/21



1-800-832-4643, TTY 711



myuhc.com/CommunityPlan



UnitedHealthcare app

Para comenzar



Centro de participación del cliente

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan. Nos complace servirle como miembro de Hoosier Care Connect (HCC). A cada miembro de HCC se le asigna un Defensor de Servicios para Miembros (Member Services Advocate - MSA) que puede ayudar a resolver los problemas con la coordinación de la atención médica y la resolución con problemas con los proveedores, incluyendo la atención especializada, la salud conductual y los apoyos sociales y en el hogar. Los MSA también pueden ayudar con los desafíos relacionados con el seguro y las primas, la prestación de atención médica y el bienestar familiar. Llame al **1-800-832-4643**, TTY **711** para conectarse con su MSA.



Información sobre su plan

Usted puede encontrar una descripción completa de sus beneficios y servicios incluidos en su plan en el Manual para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Usted debe recibirlo en 7 días hábiles. También puede encontrarlo en línea en **myuhc.com/CommunityPlan**. Si usted no recibió su manual para miembros, llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711** para solicitarlo.



Complete su Encuesta de necesidades de salud

Una Encuesta de necesidades de salud (HNS) es una encuesta breve y sencilla que le hace preguntas sencillas sobre su estilo de vida y su salud. Nos ayuda a conocerlo mejor y a brindarle beneficios y servicios. Debe completar su HNS dentro de los primeros 90 días después de convertirse en miembro, o tan pronto como pueda. Solo toma unos minutos y **gana una tarjeta de regalo de \$50** por completarla. Las instrucciones están en el formulario de la encuesta.



Su tarjeta de identificación como miembro

Lleve la tarjeta siempre con usted. En ella está la información más importante acerca del plan de salud. El nombre y el número de teléfono de su proveedor médico primario (PMP) se anota al frente de su tarjeta. Nuestro número de teléfono se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. También puede visitar **myuhc.com/CommunityPlan** para ver una versión digital o imprimir una nueva tarjeta.



Encuentre un doctor (Find a Doctor)

Su tarjeta de identificación de miembro tiene un proveedor médico primario (PMP) asignado. Tiene la libertad de cambiar su PMP en cualquier momento. Puede encontrar un doctor en línea en **myuhc.com/CommunityPlan** o llamando a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.



1-800-832-4643, TTY 711



myuhc.com/CommunityPlan



UnitedHealthcare app

Encuesta de necesidades de salud (página 1 de 2)

Complete esta encuesta dentro de los primeros 90 días después de convertirse en un nuevo miembro. Usted obtendrá una tarjeta de regalo de \$50.

Puede completar la encuesta de una de estas tres (3) formas:

1. Complétela por escrito: Complete esta encuesta de dos páginas y remítala en el sobre con el porte pagado.
2. Complétela en internet: Visite myuhc.com/CommunityPlan/IN e inicie la sesión en su cuenta del portal.
3. Complétela por teléfono: **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643, TTY 711.**

Si usted no es el miembro, responda a todas las preguntas en nombre del nuevo miembro.

Nombre completo: _____ Fecha del día de hoy: _____

No. de identificación de Medicaid: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de teléfono: _____

1. ¿Tiene algún problema de salud? Sí No Si así es, anote los que apliquen:

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADHD o ADD | <input type="checkbox"/> Problema con alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Autismo/PDD/Asperger's | <input type="checkbox"/> En espera de un trasplante de órgano(s) | |
| <input type="checkbox"/> Desórdenes de la sangre | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo 1 | <input type="checkbox"/> Diabetes, tipo 2 | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> HIV o SIDA |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado | |
| <input type="checkbox"/> Anemia falciforme (Sickle cell) | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> OCD |
| <input type="checkbox"/> PTSD | <input type="checkbox"/> Terapias especiales (OT/PT/habla) | |

Algún otro problema no anotado aquí: _____

2. ¿Necesita ayuda con alguno de sus problemas de salud? Sí No

3. ¿Toma usted algún(os) medicamento(s)? Sí No

¿Requiere ayuda para obtener sus medicamentos o resurtirlos? Sí No

4. ¿Lo ha visto un doctor en los últimos seis meses? Sí No

Si así es, ¿por qué consultó a un doctor? _____

¿Cuál es el nombre del doctor? _____

5. ¿Ha sido atendido por un doctor en una sala de emergencias en los últimos seis meses?

Sí No

¿Cuántas veces ha acudido a ese sitio y por cuál razón? _____

¿Ha visto a un doctor desde su visita a una sala de emergencia? Sí No



1-800-832-4643, TTY 711



myuhc.com/CommunityPlan



UnitedHealthcare app

Encuesta de necesidades de salud (página 2 of 2)

6. **¿Ha estado internado en el hospital en los últimos seis meses?** Sí No

¿Por qué estuvo internado en el hospital? _____

¿Ha visto a su doctor desde que lo dieron el alta? Sí No

7. **¿Usa o necesita de algo para ayudarle a caminar, hablar, oír, ver, bañarse, ir al baño o comer?** Sí No Si así es, marque todos los que correspondan:

- | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Andadera | <input type="checkbox"/> Cama especial | <input type="checkbox"/> Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Monitor del sueño/de apnea | <input type="checkbox"/> Respirador o nebulizador | | | |
| <input type="checkbox"/> Para comer | <input type="checkbox"/> Uso del baño | <input type="checkbox"/> Para caminar | <input type="checkbox"/> Para hablar | <input type="checkbox"/> Para vestirse |
| <input type="checkbox"/> Para jugar | <input type="checkbox"/> Para bañarse | <input type="checkbox"/> Para oír | <input type="checkbox"/> Para ver | |

8. **Se siente deprimido, ansioso o tiene poco interés en hacer cosas?**

Sí No Si es así:

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?

En ningún momento Por varios días Más de la mitad del tiempo Casi todos los días

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimido, deprimido o sin esperanzas?

En ningún momento Por varios días Más de la mitad del tiempo Casi todos los días

9. **¿Usa tabaco o productos de vapeo de algún tipo?** Sí No

Si es así, ¿quiere ayuda para dejar de fumar? Sí No

Por favor, póngase en contacto con 1-800-QUIT-NOW para dejar de fumar o vapear hoy mismo.

10. **¿Le preocupan cosas como en dónde vive? ¿Conseguir comida todos los días? ¿Poder llegar al supermercado o a las citas con el doctor? ¿Se siente seguro?**

Sí No Si es así, marque todo lo que corresponda:

Alimentos Vivienda Transporte Seguridad Educación/trabajo

11. **¿Se ha hecho la prueba de envenenamiento por plomo a todos los niños en su hogar?**

Sí No No hay niños menores de 6 años en mi hogar

12. **(solo para mujeres) ¿Está embarazada actualmente?** Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es su fecha de parto? _____

13. **(solo para mujeres) ¿Ha tenido un bebé en los últimos doce meses?** Sí No

14. **¿Hay algo más que quiera hacernos saber en este momento?** _____



Sus beneficios

A continuación, se proporciona una descripción general de sus beneficios. Los detalles completos se pueden encontrar en su Manual para Miembros. Usted recibirá su Manual para Miembros por correo dentro de 7 días. También usted puede encontrar su Manual para Miembros en internet en myuhc.com/CommunityPlan. o puede solicitar una copia llamando a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m. EST, de lunes a viernes.



Visitas al doctor

- Exámenes del bienestar (adultos y niños)
- Visitas al proveedor médico primario
- Visitas con especialistas
- Servicios para la salud conductual
- Vacunas



Servicios comunes

- Atención médica de emergencia y/o de urgencia
- Servicios hospitalarios
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Cuidados del embarazo



Otros servicios cubiertos

- Administración de cuidados
- Suministros para la diabetes
- Planificación familiar
- Servicios de audición
- Exámenes de la vista
- Exámenes dentales

Doctores de la red

Usted tiene cobertura para los servicios proporcionados por los doctores de nuestra red. Encuentre una lista de estos doctores, clínicas, hospitales, especialistas y farmacéuticos de la red en myuhc.com/CommunityPlan o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Si usted recibe una factura por servicios cubiertos

En la mayoría de los casos, los doctores y hospitales no pueden facturarle a usted por los servicios cubiertos. Si recibe una factura que cree que nosotros deberíamos pagar, llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.



1-800-832-4643, TTY 711



myuhc.com/CommunityPlan



UnitedHealthcare app

Para obtener cuidados médicos



Haga una cita con su PMP

Consulte a su PMP para recibir atención médica de rutina, incluyendo exámenes de bienestar, vacunas, coordinación de su atención médica con un especialista o tratamiento de resfriados y/o gripa. Usted también puede hablar con su PMP acerca de cualquier inquietud relacionada con la salud conductual. El nombre de su PMP se anota en su tarjeta de identificación.



Servicios de salud conductual

Usted puede obtener muchos tratamientos y servicios para la salud mental y el abuso de drogas y alcohol. No necesita una referencia de su PMP. Puede encontrar un médico de salud conductual buscando en la pestaña “Behavioral Health” en myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

Si está experimentando una crisis de salud mental, es importante que busque ayuda de inmediato. Una crisis de salud mental es un momento en el que el comportamiento de una persona puede ponerlos a ellos mismos o a otros en peligro, especialmente si no reciben ayuda. La línea de crisis está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **1-800-832-4643**, TTY 711. También es importante recibir atención de seguimiento después de una crisis. Esto incluye apoyo después de haber sido hospitalizado. Por favor contáctenos si necesita que le ayudemos a programar una cita.



Transporte

Obtiene transporte ilimitado para las visitas al doctor, las citas de WIC, la despensa de alimentos y las citas de elegibilidad de Medicaid. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.



Medicamentos de receta

La lista de medicamentos recetados cubiertos se denomina PDL o Lista de medicamentos preferidos. Los medicamentos de la PDL están cubiertos con un copago de \$3. Consulte con su médico para ver si su consultorio necesita enviar un formulario de autorización previa. Asegúrese de que:

- Su receta esté incluida en la Lista de medicamentos preferidos (PDL)
- Esté expedida por un doctor de la red y se obtiene en una farmacia de la red
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando le surten el medicamento



Servicios y beneficios adicionales

UnitedHealthcare Community Plan le ofrece muchos más beneficios para ayudarle a mantenerse saludable. Usted encontrará la lista completa en su Manual para Miembros o en internet en myuhc.com/CommunityPlan o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.



1-800-832-4643, TTY 711



myuhc.com/CommunityPlan



UnitedHealthcare app



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

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

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

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

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

Internet:

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

Los formularios para las quejas se encuentran disponibles en:

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

Teléfono:

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

Correo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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