



New York



Bienvenido a la comunidad

**Manual para Miembros del Plan de Salud y Recuperación
Wellness4Me**

2021



NOTIFICACIÓN DE LA NO-DISCRIMINACIÓN

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

UnitedHealthcare Community Plan provee lo siguiente:

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

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

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

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

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

Teléfono: **1-866-433-3413, TTY 711**

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

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

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

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

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Tales como, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413, TTY 711, 24 horas al día, 7 días de la semana.**

2 UnitedHealthcare Community Plan® is the brand name of UnitedHealthcare of New York, Inc.

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. English
Call 1-866-433-3413 TTY 711

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-433-3413 TTY 711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-433-3413 TTY 711.	Spanish/Español
注意：您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-433-3413 TTY 711。	Chinese/中文
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-433-3413 رقم هاتف الصم والبكم TTY 711	Arabic/اللغة العربية
주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-866-433-3413 TTY 711로 전화하시기 바랍니다.	Korean/한국어
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-433-3413 (телетайп: TTY 711).	Russian/Русский
ATTENZIONE: Nel caso in cui la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il 1-866-433-3413 TTY 711.	Italian/Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-433-3413 TTY 711.	French/Français
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-433-3413 TTY 711.	French Creole/ Kreyòl ki soti nan Fransè
אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-433-3413 TTY 711	Yiddish/אידיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-433-3413.	Polish/Polski
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong pantulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-433-3413 TTY 711	Tagalog
দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনার ভাষা "Bengali বাংলা" হয় তাহলে আপনি বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পাবেন। 1-866-433-3413 TTY 711 নম্বরে ফোন করুন।	Bengali/বাংলা
KUJDES: Ju vendosen në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-433-3413.	Albanian/Shqip
Προσοχή: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε «1-866-433-3413» TTY 711.	Greek/ Ελληνικά
توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-433-3413 TTY 711	Urdu/اردو

UnitedHealthcare Community Plan® is the brand name of UnitedHealthcare of New York, Inc.

Números de teléfono importantes

Departamento de Servicios para Miembros	1-866-433-3413
(Abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana.)	
TDD/TTY (para personas con problemas de audición)	711
Su Doctor de atención primaria: . . . Vea su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan	
Línea de Enfermeras (NurseLine)	1-877-597-7801
Departamento de Autorización Previa	1-866-604-3267
Departamento de Farmacia	1-800-310-6826
New York State Department of Health's Home	1-518-473-5569
Servicios de Salud Conductual	1-800-493-4647
Departamento de Salud del estado de New York (Quejas)	1-800-206-8125
New York Medicaid CHOICE	1-800-505-5678
New York State Growing Up Healthy Hotline	1-800-522-5006
Línea directa para víctimas de violencia doméstica	
Inglés	1-800-942-6906
Español	1-800-942-6908
Para personas con problemas de audición	1-800-810-7444
Línea directa para VIH/SIDA del Estado de New York	
Inglés	1-800-541-AIDS (2437)
Español	1-800-233-SIDA (7432)
TDD	1-800-369-AIDS (2437)
Audiencia Imparcial del Estado de New York	1-800-342-3334
Departamento de Servicios Financieros de New York	1-800-342-3736
Departamentos de Servicios Sociales de los condados del norte:	
Departamento de Servicios Sociales del condado de Albany	1-518-447-7300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Broome	1-607-778-2669
Departamento de Servicios Sociales del condado de Cayuga	1-315-253-1011
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chautauqua	1-716-661-8200
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chemung	1-607-737-5309
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chenango	1-607-337-1500
Departamento de Servicios Sociales del condado de Clinton	1-518-565-3222
Departamento de Servicios Sociales del condado de Columbia	1-518-828-9411
Departamento de Servicios Sociales del condado de Dutchess	1-845-486-3000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Erie	1-716-858-8000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Essex	1-518-873-3450
Departamento de Servicios Sociales del condado de Franklin	1-518-483-6770

4 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Departamentos de Servicios Sociales de los condados del norte (continuación):

Departamento de Servicios Sociales del condado de Fulton	1-518-736-5640
Departamento de Servicios Sociales del condado de Genesee	1-585-344-2580
Departamento de Servicios Sociales del condado de Greene	1-518-943-3200
Departamento de Servicios Sociales del condado de Herkimer	1-315-867-1291
Departamento de Servicios Sociales del condado de Jefferson	1-315-782-9030
Departamento de Servicios Sociales del condado de Lewis	1-315-376-5105
Departamento de Servicios Sociales del condado de Livingston	1-585-243-7300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Madison	1-315-366-2211
Departamento de Servicios Sociales del condado de Monroe	1-585-753-2740
Departamento de Servicios Sociales del condado de Niagara	1-716-439-7600
Departamento de Servicios Sociales del condado de Oneida	1-315-798-5632
Departamento de Servicios Sociales del condado de Onondaga	1-315-435-2928
Departamento de Servicios Sociales del condado de Ontario	1-585-396-4060
Departamento de Servicios Sociales del condado de Orange	1-845-291-4000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Orleans	1-585-589-7000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Oswego	1-315-963-5000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Rensselaer	1-518-270-3928
Departamento de Servicios Sociales del condado de Rockland	1-845-364-2000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Seneca	1-315-539-1865
Departamento de Servicios Sociales del condado de Schenectady	1-518-388-4470
Departamento de Servicios Sociales del condado de St. Lawrence	1-315-379-2276
Departamento de Servicios Sociales del condado de Tioga	1-877-882-8313
Departamento de Servicios Sociales del condado de Ulster	1-845-334-5000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Warren	1-518-761-6300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Wayne	1-315-946-4881
Departamento de Servicios Sociales del condado de Westchester	1-800-549-7650
Departamento de Servicios Sociales del condado de Wyoming	1-585-786-8900
Departamento de Servicios Sociales del condado de Yates	1-315-536-5183

Ciudad de New York y Long Island:

Departamento de Servicios Sociales del condado de Nassau	1-516-227-8000
Administración de Recursos Humanos de la ciudad de New York	1-718-557-1399
Administración de Recursos Humanos de la ciudad de New York (dentro de los 5 municipios)	1-877-472-8411
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Hauppauge)	1-631-853-8730
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Riverhead)	1-631-852-3710
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Ronkonkoma)	1-631-854-9700

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY 711 5
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Otras útiles fuentes

Oficina de Servicios y Ayuda en Adicciones (Office on Addiction Services and Supports) – OASAS: <https://oasas.ny.gov/>

Para presentar una queja contra el programa, llame al **1-800-553-5790**.

Para quejas relacionadas con los consejeros, llame al **1-800-482-9564**, opción **5**.

Oficina de Servicios para Familias y Niños (Office of Children and Family Services) – OCFS: <http://ocfs.ny.gov/main/>

Oficina para la Salud Mental (Office of Mental Health) – OMH:

<https://www.omh.ny.gov/omhweb/about/>

Para presentar una queja, llame al número gratuito del Centro de Relaciones con el Cliente de la OMH al **1-800-597-8481**.

Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People With Developmental Disabilities) – OPWDD: <https://www.opwdd.ny.gov>

Red de Defensa al Consumidor Independiente (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN): www.icannys.org

Teléfono: **1-844-614-8800** (Servicio de Retransmisión de TTY: **711**)

Correo electrónico: ican@cssny.org

Proyecto de Acceso a Atención Médica para el Cuidado de la Salud Mental y Adicciones de la Comunidad (Community Health Access to Addiction & Mental Healthcare Project, CHAMP) del Estado de New York:

Teléfono: **1-888-614-5400**

Correo electrónico: Ombuds@oasas.ny.gov

Sitio web myuhc.com/CommunityPlan

Otros proveedores de salud

Su PCP: _____ Teléfono: _____

Su sala de emergencias más cercana: _____ Teléfono: _____

Farmacia local: _____ Teléfono: _____

6 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Tabla de contenido

Bienvenido al Plan de Salud y Recuperación de UnitedHealthcare Community Plan	9
Cómo funcionan los planes de salud y recuperación	10
Cómo utilizar este manual	12
Su tarjeta de identificación (ID) del plan de salud	15
Parte I – Las primeras cosa que usted debe saber	16
Cómo elegir su Proveedor de atención primaria (PCP)	16
Administración de Cuidados por un Hogar de Salud	19
Cuidados de salud regulares	20
Servicios para la Salud Conductual y Servicios basados en el Hogar o en la Comunidad (BHHCBS)	22
Cómo obtener atención médica en especialidades y remisiones	22
Obtenga estos servicios de UnitedHealthcare Community Plan sin una remisión	25
Emergencias	28
Atención de urgencia	30
Atención fuera de los Estados Unidos	30
Deseamos mantenerle saludable	30
Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan	31
Beneficios	31
Atención médica de salud conductual	44
Beneficios que puede obtener de UnitedHealthcare o con la tarjeta de identificación Medicaid	47
Beneficios usando simplemente su Tarjeta Medicaid	48
Transporte que no sea de emergencia	48
Transporte de emergencia	51
Discapacidades de desarrollo	51

Servicios no cubiertos	51
Si usted recibe una factura	52
Administración de la Utilización	55
Autorización de servicios y acciones	55
Otras decisiones sobre su atención médica	59
Cómo pagamos a nuestros proveedores	60
Usted puede ayudar con las políticas del plan	61
Manténganos informados	62
Cancelación de inscripción y transferencias	62
Apelaciones del plan	64
Apelaciones externas	70
Audiencias imparciales	72
Proceso de queja	74
Derechos y responsabilidades de los miembros	78
Nueva tecnología	79
Directrices anticipadas	80
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	81

Bienvenido al Plan de Salud y Recuperación de UnitedHealthcare Community Plan

Nos complace que usted haya inscrito en UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan es un Plan de Salud y Recuperación (Health and Recovery Plan), o HARP, aprobado por el Estado de New York. Los planes HARP son una nueva clase de plan que provee a los miembros de Medicare sus cuidados de salud además de los cuidados para su salud conductual. En este manual, salud conductual significa la salud mental, los desórdenes por el uso de sustancias y la rehabilitación.

Nosotros somos un plan especial de salud con proveedores de amplia experiencia para el tratamiento de personas que pudieran necesitar de cuidados de salud conductual y/o por los desórdenes debido al uso de sustancias para continuar estando sanos. Nosotros así mismo proveemos servicios para la administración de los cuidados de salud para asistirle a usted y a su equipo para los cuidados de salud, unidos para mantenerle en la más saludable forma posible.

Este manual será su guía para los servicios completos de los cuidados de salud disponibles para usted.

Usted puede afiliarse a este plan si vive en los siguientes condados de New York:

Condados de Albany, Broome, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Dutchess, Erie, Essex, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Jefferson, Lewis, Livingston, Madison, Monroe, Nassau, Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orange, Oswego, Rensselaer, Rockland, Seneca, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester y Wyoming; y la ciudad de New York City incluyendo los condados de Bronx, Kings, Queens, Richmond y New York

Deseamos garantizarle un buen comienzo como nuevo miembro. Para conocerle mejor, nos pondremos en contacto con usted en las próximas dos semanas. Puede hacernos las preguntas que tiene u obtener ayuda a través de citas. Si usted desea hablar con nosotros antes, solo necesita llamarnos al **1-866-433-3413**, TTY **711**. Para obtener más información acerca de UnitedHealthcare Community Plan, usted también puede visitar nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan.

Cómo funcionan los planes de salud y recuperación

El plan, nuestros proveedores y usted

Usted puede haber visto o escuchado sobre los cambios en atención médica. Muchos consumidores ahora obtienen sus beneficios a través de la administración de los cuidados de salud, la cual provee un hogar central para sus cuidados de salud. Si usted estaba recibiendo cuidados para su salud conductual empleando su tarjeta de Medicaid, estos servicios ahora están disponibles a través de UnitedHealthcare Community Plan.

Como un miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tendrá todos los beneficios disponibles a través de Medicaid, además, usted también puede obtener servicios especiales que le ayuden a alcanzar sus metas de salud. Nosotros ofrecemos servicios extendidos para ayudarle a mantenerse sano y para ayudarle en su recuperación.

UnitedHealthcare Community Plan ofrece a los miembros que califiquen nuevos servicios llamados Servicios para la Salud Conductual basados en el Hogar y la Comunidad — Behavioral Health Home and Community Based Services (BHHCBS).

BHHCBS puede ayudarle a usted a:

- Encontrar vivienda
- Vivir independientemente
- Retornar a la escuela
- Encontrar un trabajo
- Obtener ayuda de las personas que estaban en las mismas circunstancias en que usted se encuentra ahora
- Controlar el estrés
- Prevenir las crisis

Como un miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted también tendrá la oportunidad de inscribirse en un Hogar de Salud y entrevistarse con un Administrador de Cuidados, quien trabajará con todos sus proveedores de la salud física y conductual para poder prestar una especial atención al conjunto de todas sus necesidades de los cuidados para la salud. El Administrador de Cuidados del Hogar de Salud, ayudará para asegurar que usted obtenga los servicios médicos, de salud conductual y sociales que usted pueda necesitar, tales como ayuda para encontrar vivienda y asistencia alimentaria.

Usted puede usar su tarjeta de Medicaid para obtener un servicio que está ahora disponible a través de UnitedHealthcare Community Plan. Para conocer si el servicio que ya está recibiendo puede ser provisto por UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Usted y su equipo de los Cuidados para la Salud trabajarán juntos para asegurar que usted goza de la mejor salud física y emocional posible. Usted puede obtener servicios especiales para una vida más saludable, como por ejemplo clases de nutrición y ayuda para dejar de fumar.

UnitedHealthcare Community Plan tiene un contrato con el Departamento de Salud Estatal de New York para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid. A su vez, elegimos un grupo de proveedores de atención médica, de salud mental o uso de sustancias para ayudarle a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, clínicas, laboratorios, administradores de caso y demás instalaciones de atención médica forman nuestra **red de proveedores**. Encontrará una lista en nuestro directorio de proveedores. Si no tiene un directorio de proveedores, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**, para obtener una copia o acuda a nuestro sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan.

Cuando se afilie a UnitedHealthcare Community Plan, uno de nuestros proveedores cuidará de usted. La mayor parte del tiempo esa persona será su **Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)**. Usted puede querer escoger a un PCP para su salud mental o una clínica para el uso de sustancias. Si necesita hacerse un análisis, consultar a un especialista o ir a un hospital, su PCP se encargará de ello.

Su PCP se encuentra disponible todos los días, durante el día y la noche. Si necesita hablar con él o ella fuera de horas de consulta o durante los fines de semana, deje un mensaje y la manera de localizarle. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Aunque su PCP es su fuente principal de atención médica, en algunos casos, puede remitirse usted mismo a ciertos médicos para obtener algunos servicios. Consulte la página 25 para más detalles.

Es posible que esté restringido a determinados proveedores del plan si:

- Obtiene atención de diferentes médicos para el mismo problema
- Obtiene atención médica con más frecuencia de la necesaria
- Utiliza medicamentos recetados de una manera que puede ser peligrosa para su salud
- Permite que otra persona, además de usted, utilice su tarjeta de identificación del plan

Bienvenido

Confidencialidad

Nosotros respetamos sus derechos de privacidad. UnitedHealthcare Community Plan reconoce la confianza entre usted, su familia, sus doctores y otros proveedores de los cuidados de salud. UnitedHealthcare Community Plan nunca hará pública su historia médica o de salud conductual sin obtener primero su aprobación por escrito. Las únicas personas que pueden tener acceso a su información clínica son UnitedHealthcare Community Plan, su Proveedor de atención primaria, su Administrador de Cuidados del Hogar de Salud y otros proveedores quien le brindan cuidados de salud y su representante autorizado. Las referencias a tales proveedores siempre serán discutidas con usted por su Proveedor de atención primaria o con su Administrador de Cuidados del Hogar de Salud si tiene alguno. El personal de UnitedHealthcare Community Plan ha sido entrenado para mantener la más estricta confidencialidad acerca de la información de sus miembros.

Cómo utilizar este manual

Este manual explicará cómo funciona su nuevo sistema de atención médica y cómo puede aprovechar al máximo UnitedHealthcare Community Plan. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le explica los pasos que debe seguir para que el plan funcione para usted.

Las primeras páginas describen lo que necesita saber de inmediato. El resto del manual puede esperar hasta que usted lo necesite. Utilícelo como referencia o revíselo poco a poco. Cuando tenga una pregunta, consulte este manual o llame a nuestra unidad de Servicios para Miembros a **1-866-433-3413**, TTY **711**. También puede llamar a la línea de ayuda de New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678.

Puede llamar para obtener ayuda **cada vez que tenga una pregunta**. También puede llamarnos para elegir o cambiar su Proveedor de atención primaria (PCP para abreviar), preguntar sobre beneficios y servicios, pedir ayuda con remisiones, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar que está embarazada o del nacimiento de un nuevo bebé o preguntar sobre cualquier cambio que podría afectar sus beneficios o los de su familia.

Nosotros estamos orgullosos de tenerlo como miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Esperamos, **a partir de hoy**, hacer que su experiencia de atención médica sea lo más fácil posible.

Nuestros defensores de miembros pueden responder a las preguntas que usted pueda tener acerca de los beneficios cubiertos por su plan y ayudarlo a elegir un nuevo PCP, si no tiene uno. Incluso nosotros podemos ayudarlo a programar una visita de bienestar con su doctor.

Como un nuevo miembro, usted recibirá una llamada de uno de nuestros defensores de miembros altamente capacitados para darle la bienvenida a nuestro plan. Nuestros Defensores de miembros podrán responder cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de sus beneficios y cuáles son los doctores disponibles para usted, y también podrán ayudarlo a completar su evaluación de salud.

12 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Lo que usted necesita conocer acerca de su Evaluación de salud

- Una Evaluación de la salud es una encuesta breve y sencilla que le hace simples preguntas acerca de su estilo de vida y salud
- Nos ayuda a conocerlo mejor
- Le ayuda aprovechar al máximo su plan de salud
- Nos ayuda a correlacionarlo con los muchos beneficios y servicios disponibles para usted
- Sus respuestas son confidenciales
- Esto no reducirá su cobertura de atención médica de ninguna manera
- ¡Solo toma unos minutos completarlo!

¿Perdió usted nuestra llamada de bienvenida?

Nuestros defensores de miembros están disponibles de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes. Simplemente llame al **1-800-493-4647**, TTY **711**. Nosotros podemos responder a cualquier pregunta que usted pueda tener y ayudarle a completar su evaluación de salud en solo unos minutos.

Si usted desea reunirse con un representante de UnitedHealthcare en persona para obtener más información acerca de su salud o de su cobertura del plan, comuníquese con una de nuestras oficinas comunitarias locales para programar una cita para reunirse con un representante. Tenemos 12 ubicaciones comunitarias convenientes:

Bronx County

151 East Burns de Avenue
Bronx, NY 10453
Horas hábiles:
9:30 a.m.–5:00 p.m., de lunes a viernes

Jefferson County

237 State Street
Watertown, NY 13601
Horas hábiles:
9:00 a.m.–4:00 p.m., de lunes a viernes

Kings County

6402 8th Avenue, Suite 107
Brooklyn, NY 11220
Horas hábiles:
9:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes

Kings County (continued)

2343 86th Street
Brooklyn, NY 11220
Horas hábiles:
9:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes

Nassau County

250 Fulton Avenue, Suite 121
Hempstead, NY 11550
Tel: 516-247-6352
Horas hábiles:
9:00 a.m.–4:00 p.m., de lunes a viernes

Bienvenido

Niagara County

810 Portage Road
Niagara Falls, NY 14301
Tel: 716-285-8568
Horas hábiles:
9:00 a.m.–4:30 p.m., de lunes a viernes

New York County

161 Canal Street
New York, NY 10013
Horas hábiles:
9:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes

27 East Broadway, 2nd Floor
New York, NY 10002
Horas hábiles:
9:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes

558 W 181 Street
New York, NY 10033
Tel: 212-781-3960
Horas hábiles:
10:00 a.m.–5:00 p.m., de lunes a viernes

Onondaga County

7608 Oswego Road
Liverpool, NY 13090
Tel: 315-221-5114 or 315-221-5115
Horas hábiles:
9:00 a.m.–4:00 p.m., de lunes a viernes

Queens County

136-02 Roosevelt Avenue
Flushing, NY 11354
Horas hábiles:
9:00 a.m.–5:30 p.m., de lunes a viernes

Suffolk County

462 Suffolk Avenue
Brentwood, NY 11717
Tel: 631-231-0180 o 631-231-0181
Horas hábiles:
9:00 a.m.–4:00 p.m., de lunes a viernes

Si no habla inglés, podemos ayudarle. Deseamos que aprenda a usar su plan de atención médica sin importar qué idioma habla. Solo llámenos y encontraremos una manera de comunicarnos en su propio idioma. Tenemos un grupo de personas que puede ayudarle. También le ayudaremos a encontrar un PCP (Proveedor de atención primaria) que pueda atenderle en su idioma.

Para personas con discapacidades: Si usa una silla de ruedas, es ciego o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si un determinado consultorio de proveedores tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos de comunicación especiales. Además, tenemos servicios, como:

- Máquina de teléfono de texto (TTY/TDD — nuestro número de TTY es **711**)
- Información en letra grande
- Administración de casos
- Ayuda para concertar citas o transporte para citas
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad

Si usted está obteniendo cuidados de salud en su hogar, su enfermera o cuidadora pueden aun no saber de su afiliación a nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse que los cuidados de salud en su hogar no se detienen súbitamente.

Ayuda de Servicios para Miembros

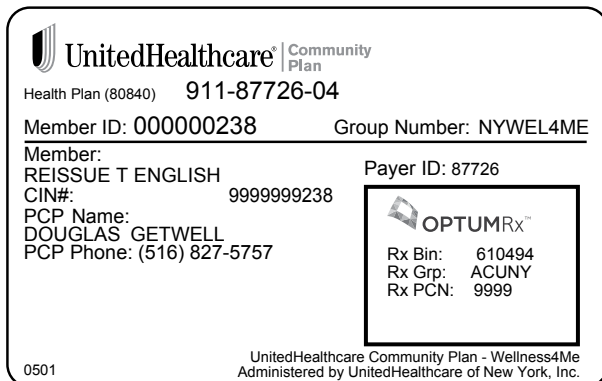
1-866-433-3413, TTY 711

Hay alguien para ayudarlo en Servicios para Miembros 24 horas al día, 7 días de la semana. Llame al **1-866-433-3413, TTY 711**.

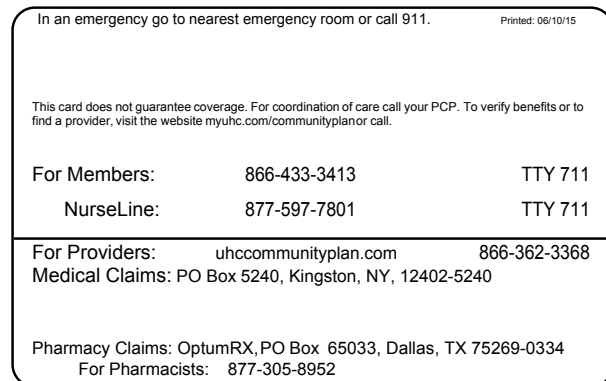
Su tarjeta de identificación (ID) del plan de salud

Después de que se inscriba, le enviaremos una **carta de bienvenida**. Su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan debe llegar dentro de los 14 días posteriores a la fecha de inscripción. Su tarjeta tiene impreso el nombre y el número de teléfono de su PCP (Proveedor de atención primaria). También tiene el número de identificación de cliente (Client Identification Number, CIN). Si algo está mal en con su tarjeta ID de UnitedHealthcare Community Plan, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no muestra que usted tiene Medicaid o que UnitedHealthcare Community Plan es un tipo especial de plan de salud.

Lleve la tarjeta de identificación con usted en todo momento y muéstrela cada vez que reciba atención. Si necesita atención antes de que llegue la tarjeta, la carta de bienvenida es prueba de que ya es miembro. **Debe también guardar la tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará esa tarjeta para recibir los servicios que UnitedHealthcare Community Plan no cubre.**



UnitedHealthcare[®] | Community Plan
Health Plan (80840) 911-87726-04
Member ID: 00000238 Group Number: NYWEL4ME
Member: REISSUE T ENGLISH Payer ID: 87726
CIN#: 9999999238
PCP Name: DOUGLAS GETWELL
PCP Phone: (516) 827-5757
OPTUMRx[™]
Rx Bin: 610494
Rx Grp: ACUNY
Rx PCN: 9999
0501 UnitedHealthcare Community Plan - Wellness4Me
Administered by UnitedHealthcare of New York, Inc.



In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 06/10/15
This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website myuhc.com/communityplan or call.
For Members: 866-433-3413 TTY 711
NurseLine: 877-597-7801 TTY 711
For Providers: uhccommunityplan.com 866-362-3368
Medical Claims: PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334
For Pharmacists: 877-305-8952

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros 1-866-433-3413, TTY 711 15
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte I – Las primeras cosa que usted debe saber

Cómo elegir su Proveedor de atención primaria (PCP)

El nombre del proveedor de atención primaria (PCP) que se anota en su tarjeta de identificación como miembro, es el proveedor de atención primaria asignado a usted.

¿Qué significa esto para usted?

Significa que usted solo podrá obtener servicios de atención primaria del PCP nombrado en su tarjeta de identificación como miembro o de otro proveedor de atención primaria del mismo consultorio donde usted consulta con su PCP asignado. Su PCP le brindará atención médica de rutina y podrá darle una referencia a otros doctores cuando sea necesario.

¿Qué es lo que usted necesita hacer?

Verifique su tarjeta de identificación como miembro para asegurarse que el PCP que aparece en su tarjeta de identificación sea el correcto. Si su tarjeta de identificación tiene un PCP diferente o si desea usted elegir otro PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si usted necesita cambiar el nombre del PCP que figura en su tarjeta de identificación de miembro, le enviaremos una tarjeta de reemplazo con la nueva información.

¿Por qué debería yo consultar a un proveedor de atención primaria?

La atención médica regular significa tener exámenes, chequeos regulares, vacunas u otros tratamientos para mantenerlo en buena salud, brindarle consejos cuando los necesite y referirlo a un hospital o a especialistas cuando sea necesario. Significa que usted y su PCP trabajan juntos para que usted se mantenga sano o asegurarse de que reciba la atención médica que pudiera necesitar. De día o de noche, su PCP está a solo una llamada de distancia.

¿Tiene preguntas?

Si usted tiene alguna pregunta o desea cambiar a su PCP, llámenos gratuitamente al **1-866-433-3413**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Es posible que desee encontrar un médico que:

- Le haya visto antes
- Comprenda sus problemas de salud
- Reciba pacientes nuevos
- Pueda atenderle en su idioma
- Sea accesible fácilmente
- Forme parte de la clínica en donde usted asiste

Usted también podría escoger a un PCP en su clínica de la salud conductual

Junto con este manual, debe tener un directorio de proveedores. Este es una lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y demás personas que trabajan con UnitedHealthcare Community Plan. Anota el nombre, la dirección y el teléfono, así como las cualificaciones profesionales, la especialidad, la escuela de medicina a la que asistió, la residencia y el estado de certificación de la junta de médicos. El directorio de proveedores mostrará cuáles médicos y proveedores reciben pacientes nuevos. Cuando elija un PCP, también debe llamar a su consultorio para asegurarse de que reciba pacientes nuevos. También puede obtener una lista de proveedores acudiendo a nuestro sitio web myuhc.com/CommunityPlan.

Las mujeres no tienen que elegir un OB/GYN (obstetra-ginecólogo) de atención primaria. Las mujeres pueden obtener atención de cualquier OB/GYN participante. Las mujeres no necesitan una remisión de su PCP para consultar con un doctor OB/GYN. Pueden realizarse chequeos de rutina (dos veces al año), recibir atención de seguimiento si hubiera algún problema y recibir atención regular durante el embarazo. No hay límites para las visitas de atención OB/GYN.

También tenemos contrato con varios centros de atención médica con certificación federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC). Todos los FQHC proporcionan atención primaria y en especialidades. Algunos consumidores desean recibir atención de los FQHC porque estos tienen una larga trayectoria en el vecindario. Tal vez desee probarlos porque son de fácil acceso. Debe saber que cuenta con una opción. Puede elegir uno de los proveedores anotados en nuestro directorio. O puede inscribirse con un doctor de atención primaria en uno de los FQHC con que trabajamos. Son enumerados en el Directorio de proveedores. Solo llame a Servicios para Miembros al número gratuito **1-866-433-3413**, TTY **711** para solicitar ayuda.

Parte I – Las primeras cosa que usted debe saber

En la mayoría de los casos, sus médicos serán proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Hay cuatro casos en que **puede continuar viendo a otro médico que haya consultado antes de afiliarse a UnitedHealthcare Community Plan**. En esos casos, su proveedor debe estar de acuerdo para trabajar con UnitedHealthcare Community Plan. Puede continuar viendo a su médico si:

- Tiene más de 3 meses de embarazo en el momento de afiliarse y está recibiendo atención prenatal. En ese caso, puede conservar a su médico hasta después del parto y de la atención posparto.
- En el momento de afiliarse, tiene una afección o enfermedad que pone en riesgo su vida y empeora con el tiempo. En ese caso, puede pedir continuar con su médico durante 60 días.
- Si cuando usted se afilia con UnitedHealthcare Community Plan, está siendo tratado por una condición de salud conductual. En ese caso, usted puede solicitar que continúe con el mismo proveedor a través de un tratamiento hasta por 2 años.
- Si cuando usted se afilia con UnitedHealthcare Community Plan, Medicaid regular pagó por los cuidados de salud en su hogar y necesita continuar recibiendo ese tipo de cuidados de salud por lo menos por 120 días más. En ese caso, usted puede continuar con la misma agencia que le proporciona los cuidados de salud, la enfermera o cuidadora y con la misma clase de servicios por lo menos otros 90 días. UnitedHealthcare Community Plan debe dejarle saber si habrá algún cambio en los cuidados de salud que recibe en su hogar antes de dichos cambios tomen lugar.

Si lo necesita, puede **cambiar su PCP** en los primeros 30 días posteriores a su primera cita. Después de eso, puede cambiar su PCP tres veces al año sin causa o con más frecuencia si tiene una buena razón. También puede cambiar su OB/GYN o el especialista a que su PCP lo ha referido.

Si su proveedor abandona UnitedHealthcare Community Plan, se lo diremos dentro de los 15 días de saberlo. Si lo desea, podría ver a ese proveedor si tiene un embarazo de más de tres meses o si está recibiendo tratamiento continuo por una afección. Si está embarazada, puede continuar viendo a su médico a través de los cuidados de pos-parto. Si está viendo a un médico de forma regular por un problema médico especial, puede continuar su tratamiento actual durante 90 días. Su médico debe estar de acuerdo en trabajar con el plan durante este tiempo. Si cualquiera de estas condiciones es aplicable a su caso, verifique con su PCP o simplemente llame a Servicios para Miembros a **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Administración de Cuidados por un Hogar de Salud

UnitedHealthcare Community Plan es responsable para proveer y coordinar sus cuidados de salud física y servicios para su salud conductual. Nosotros empleamos a los Hogares de Salud para coordinar los servicios para nuestros miembros. Es su decisión si quiere afiliarse con un Hogar de Salud, y nosotros le animamos a que usted se afilie con un Hogar de Salud para la administración de los cuidados de salud.

UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a unirse a un Hogar de Salud en donde se le asignará su propio Administrador de Cuidados del Hogar de Salud. Su Administrador de cuidados del Hogar de Salud puede ayudarle a hacer las citas, a obtener servicios sociales y a mantener el record de su progreso.

Su Hogar de Salud es responsable para darle a usted una evaluación y así conocer cuáles son los servicios para la salud conductual y los servicios basados en la comunidad que usted pueda necesitar. Empleando esta evaluación, usted y su administrador de cuidados por el Hogar de Salud pueden trabajar juntos para formular un plan de cuidados de salud que habrá sido designado especialmente para usted.

Su Administrador de cuidados por el Hogar de Salud puede:

- Trabajar con su PCP y otros proveedores para así coordinar todos los cuidados físicos y de la salud conductual;
- Trabajar con las personas a quienes usted les tiene confianza, como miembros de la familia o amigos, para ayudarle con su plan y obtener sus cuidados de salud;
- Ayudar para obtener servicios sociales, como SNAP (estampillas de alimentos) y otros beneficios de los servicios sociales;
- Desarrollar un plan de cuidados de salud con usted para ayudarle a identificar sus necesidades y metas;
- Ayudarle con las citas con su PCP y con otros proveedores;
- Ayudarle con el manejo de los asuntos médicos que tenga usted en este momento, como diabetes, asma o hipertensión o alta presión sanguínea;
- Ayudarle a encontrar los servicios que le asisten con la pérdida de peso, con la alimentación sana y para el dejar de fumar;
- Darle ayuda a través de tratamientos;
- Identificar los recursos que usted necesita encontrar dentro de su comunidad;
- Ayudarle a encontrar o a solicitar un sitio para vivir estable;
- Ayudarle a retornar a su hogar después de haber estado hospitalizado; y
- Asegurar que usted tenga cuidados de seguimiento, los medicamentos necesarios y otros servicios que usted pueda necesitar.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711** 19
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte I – Las primeras cosa que usted debe saber

Su Administrador de Cuidados del Hogar de Salud se pondrá en contacto con usted de inmediato para conocer cuáles son los cuidados que usted necesita y para ayudarle con sus citas. Su Administrador de Cuidados del Hogar de Salud o alguna persona conectada con el proveedor encargado del Hogar de Salud se encuentra disponible para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana en el número de teléfono **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Si usted se encuentra ya afiliado en un Hogar de Salud o está interesado en afiliarse en un Hogar de Salud y empezar a recibir los servicios de Administración de Cuidados, por favor llame a Servicio para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** para conocer más acerca de cómo inscribirse en un Hogar de Salud o para saber si es usted elegible para tener servicios de Administración de Caso.

Si usted se encuentra en una crisis y necesita hablar con alguien de inmediato, llame al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Cuidados de salud regulares

Los cuidados de salud incluirán revisiones de salud para todas sus necesidades de cuidados para la salud. Nosotros proveemos referencias a hospitales y especialistas. Queremos que los nuevos miembros consulten con sus Proveedores de Atención Primaria muy pronto después de haberse afiliado con el UnitedHealthcare Community Plan. Esto le dará a usted la oportunidad de hablar con su Proveedor de Atención Primaria acerca de problemas de salud que haya tenido en el pasado, hablar de los medicamentos que está tomando y otras preguntas que usted tenga.

De día o de noche, su PCP se encuentra solamente a una llamada de distancia. Asegúrese de llamarle cada vez que tenga una pregunta o preocupación médica. Si necesita llamar fuera de horas de consulta o durante los fines de semana, deje un mensaje que indique dónde o cómo localizarle. Su PCP le llamará tan pronto como sea posible. Recuerde, su PCP le conoce y sabe cómo funciona su plan de salud.

Usted puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana al **1-866-433-3413**, TTY **711** si tiene preguntas acerca de los servicios o si por cualquier razón usted no puede comunicarse con su Proveedor de Atención Primaria.

Su atención debe ser **médicamente necesaria**. Los servicios que reciba deben ser necesarios para:

- Prevenir, diagnosticar o corregir lo que podría causar más sufrimiento; o
- Tratar un peligro para su vida; o
- Tratar un problema que podría causar enfermedad; o
- Tratar algo que podría limitar sus actividades normales.

20 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte I – Las primeras cosa que usted debe saber

Su PCP se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica. Usted debe concertar una cita para verlo. Si no puede asistir a una cita, llame a su PCP para hacérselo saber.

Tan pronto como elija su PCP, llame para concertar una primera cita. Si puede, prepárese para su primera cita. Su PCP necesitará saber todo lo que pueda contarle sobre su historia médica. Haga una lista de sus antecedentes médicos, problemas que tenga, los medicamentos que está tomando y las preguntas que desee formularle a su PCP. En la mayoría de los casos, su primera visita debe realizarse dentro de 4 semanas de haberse afiliado al plan. Si usted tiene necesidad para recibir tratamientos dentro de las siguientes semanas, haga una cita para su primera visita en la primera semana después de haberse afiliado a UnitedHealthcare Community Plan. Su Administrador de Cuidados del Hogar de Salud puede ayudarle haciendo la cita y preparando para ese primer encuentro.

Si necesita atención antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para explicarle el problema. Le dará una cita anticipada para esta condición en particular. (Debe conservar la primera cita para hablar de su historia médica y hacer preguntas).

Utilice la siguiente lista como una guía para los períodos más largos que usted tendrá que esperar para una cita después de solicitarla. Su Administrador de Cuidados podrá hacer las citas o ayudarle a hacerlas.

Atención médica de urgencia	en un plazo de 24 horas
Visitas por enfermedad que no sean urgentes	en un plazo de 3 días
Atención médica preventiva, de rutina	en un plazo de 4 semanas
Primera visita prenatal	en un plazo de 3 semanas durante el primer trimestre (2 semanas durante el segundo, 1 semana durante el tercero)
Primera visita de planificación familiar	en un plazo de 2 semanas
Visita de seguimiento después de la consulta para pacientes hospitalizados o en sala de emergencias por salud mental o abuso de sustancias	5 días
Consulta por abuso de sustancias o salud mental que no sea urgente	en un plazo de 2 semanas
Exámenes físicos de rutina e iniciales de adulto	en un plazo de 4 semanas

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711** 21
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Servicios para la Salud Conductual y Servicios basados en el Hogar o en la Comunidad (BHHCBS)

Los cuidados para la Salud Conductual incluyen los servicios para el tratamiento de la salud mental y para el uso de sustancias. Usted tiene acceso a servicios que pueden ayudarle para su salud emocional. Usted también puede obtener ayuda con problemas como el alcohol y el uso de otras sustancias.

Si usted necesita ayuda para vivir dentro de la comunidad, UnitedHealthcare Community Plan le provee con servicios adicionales llamados Servicios para la Salud Conductual en el Hogar y Servicios Basados en la Comunidad (BHHCBS). Estos servicios pueden ayudarle a que permanezca fuera de un hospital y pueda vivir en la comunidad. Algunos servicios pueden ayudarle a que logre las metas que se ha propuesto para alcanzar como un mejor empleo, ir a la escuela o metas en otras áreas en su vida que usted quiere lograr.

Para ser elegible para esos servicios, usted necesita obtener una evaluación. Para conocer más acerca de esto, llámenos al **1-866-433-3413**, TTY **711**, o pregunte a su Coordinador de Cuidados acerca de estos servicios.

Vea las páginas 44–47 en este manual para conocer más información acerca de estos servicios y de cómo puede obtenerlos.

Cómo obtener atención médica en especialidades y remisiones

Si usted necesita de cuidados que su PCP no puede darle, él o ella le referirán a especialistas que pueden ofrecérselos. Si su PCP le refiere a otro doctor dentro del UnitedHealthcare Community Plan, nosotros pagaremos por sus cuidados. La mayoría de esos especialistas son proveedores dentro del plan. Hable con su PCP para conocer cómo trabajan las remisiones.

Si usted piensa que el especialista no llena sus necesidades, hable con su PCP. Su especialista puede ayudarle a consultar con un especialista diferente.

Hay algunos tratamientos y servicios que antes de proveerse para usted es necesario que su PCP solicite la aprobación de UnitedHealthcare. Su PCP podrá decirle cuales son estos tratamientos y servicios.

Parte I – Las primeras cosa que usted debe saber

Si tiene problemas para obtener una remisión que cree que necesita, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Si usted no tiene un especialista dentro de la red de UnitedHealthcare que pueda darle los cuidados que usted requiere, nosotros obtendremos para usted los cuidados necesarios por un especialista que no pertenezca a la red de UnitedHealthcare. Esto se denomina una referencia fuera de la red. Su PCP o proveedor del plan debe solicitar la aprobación de UnitedHealthcare Community Plan antes de que pueda obtener una referencia fuera de la red. Si usted o su PCP o proveedor del plan lo refiere a un proveedor que no está en nuestra red, usted no es responsable de ninguno de los costos, excepto de los copagos como se describe en este manual. Su PCP debe llamar al Departamento de Autorizaciones Previas de UnitedHealthcare al 1-866-604-3267 para obtener autorización para que usted acuda a un especialista que no sea parte de la red de UnitedHealthcare. El especialista debe estar de acuerdo a trabajar con UnitedHealthcare y aceptar nuestros pagos en su totalidad. A este permiso se le llama “pre-autorización”. Su PCP le explicará todo lo anterior cuando él o ella le refieran a un especialista que se no encuentra dentro de la red de UnitedHealthcare. Por favor, consulte la sección **Autorización de Servicios y Acciones** para obtener más información acerca de la documentación que usted debe presentar cuando solicita una consulta con un especialista que no se encuentre dentro de la red de UnitedHealthcare. Si UnitedHealthcare Community Plan aprueba la consulta con un especialista que no esté dentro de la red de UnitedHealthcare, usted no será responsable por ningún costo, con la excepción de algún copago, como se describe en este manual.

A veces, es posible que no aprobemos una referencia fuera de la red porque tenemos un proveedor en UnitedHealthcare Community Plan que puede tratarlo. Si cree que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para tratarlo, puede solicitarnos que verifiquemos si su referencia fuera de la red es médicamente necesaria. Deberá solicitar una **apelación del plan**. Consulte la página 64 para saber cómo.

Deberá pedirle a su médico que envíe la siguiente información con la apelación de su plan:

1. Una declaración por escrito que diga que el proveedor de UnitedHealthcare Community Plan no tiene la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, y
2. Que recomienda un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia adecuadas que pueda tratarlo.

Su doctor debe estar certificado por un consejo de especialidades o será elegible para para ser nombrado un especialista por el consejo de especialidades y que sea un doctor que ofrece el tratamiento que usted solicita.

Parte I – Las primeras cosa que usted debe saber

En algunas ocasiones, nosotros no aprobaremos una referencia por fuera de la red para un tratamiento específico porque los cuidados de salud que usted solicita no son muy diferentes que los tratamientos que puede obtener de parte de un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan. Usted puede solicitarnos que revisemos si la referencia para el tratamiento por fuera de la red que usted solicita es medicamente necesario. Usted necesitará solicitar una **Apelación del plan**. Vea la página 64 para conocer cómo puede hacerlo.

Necesita preguntarle a su doctor que envíe la siguiente información para su Apelación del plan:

1. Una declaración por escrito de parte de su doctor que diga que el tratamiento por fuera de nuestra red es muy diferente al tratamiento que usted puede obtener de parte del proveedor de UnitedHealthcare Community Plan. Su doctor debe pertenecer a un consejo de especialidades o ser elegible para pertenecer a un consejo de especialidades que se encuentre ofreciendo ese tratamiento a personas que lo necesitan, y
2. Dos documentos médicos o científicos que prueben que el tratamiento que usted solicita es más útil para usted y que no le causará más daño que el tratamiento que usted puede recibir por parte del proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

Si su médico no envía esta información, aún revisaremos su apelación de acción. Sin embargo, es posible que no sea elegible para una apelación externa. Consulte la página 70 para obtener más información sobre las apelaciones externas.

Es posible que usted necesite ver a un especialista para continuar con los cuidados de salud para su condición médica o de la salud conductual. Su PCP puede referirle a un especialista para un cierto número de visitas o por un cierto tiempo (una referencia permanente). Si usted obtiene una **referencia permanente**, no necesitará obtener una nueva referencia cada vez que necesita de esos cuidados de salud.

Si tiene una enfermedad a largo plazo o una enfermedad incapacitante que empeora con el tiempo, su PCP puede organizar:

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

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

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

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

Nosotros revisaremos la solicitud y le dejaremos conocer cuándo hayamos hecho efectivo el cambio. Si usted en algún momento quiere consultar con un especialista diferente, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Obtenga estos servicios de UnitedHealthcare Community Plan sin una remisión

Cuidados de salud para mujeres

No se necesita tener una remisión de su PCP para ver uno de nuestros proveedores si:

- Está embarazada, o
- Necesita servicios de un obstetra/ginecólogo, o
- Necesita servicios de planificación familiar, o
- Desea ver a una partera, o
- Necesita realizarse un examen pélvico o de mamas.

Planificación familiar

Puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: asesoría para control de la natalidad, recetas para control de natalidad, condones masculinos y femeninos, pruebas de embarazo, esterilización o un aborto. Durante estas consultas, también puede realizarse pruebas para las infecciones transmitidas sexualmente, un examen de cáncer de mamas o un examen pélvico.

Parte I – Las primeras cosa que usted debe saber

No es necesario tener una remisión de su PCP para obtener estos servicios. De hecho, usted puede elegir donde quiere recibir estos servicios. Puede usar su **tarjeta de identificación UnitedHealthcare Community Plan** para ver a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Consulte el Directorio de Proveedores o llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor.

O puede usar su **tarjeta Medicaid** si desea ir a un doctor o clínica fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Consulte a su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**, para obtener una lista de los lugares donde puede concurrir para recibir estos servicios. También puede llamar a la línea directa de crecimiento saludable del estado de New York (Growing Up Healthy Hotline) al 1-800-522-5006 para conocer los nombres de los proveedores de planificación familiar más cercanos.

Pruebas para VIH y STI

Todas las personas deben conocer su estado acerca de VIH. Las pruebas para detectar VIH y las infecciones sexualmente transmisibles (STI) son parte regular de los cuidados para su salud.

- Usted puede tener una prueba para HIV o STI en cualquier momento en una visita a un consultorio o clínica
- Usted puede obtener una prueba para HIV o STI en cualquier momento en que está en servicios para el planeamiento familiar. Usted no necesita una referencia de su PCP (Proveedor de atención primaria). Solo necesita hacer una cita con un proveedor de planificación familiar. Si usted desea tener una prueba para HIV o STI, pero **no es parte de los servicios de planificación familiar**, su PCP puede proveer las pruebas o hacer arreglos para que usted las tenga.
- En caso de que usted no quiera consultar con un proveedor afiliado con UnitedHealthcare Community Plan, usted puede emplear su tarjeta Medicaid para consultar con un proveedor de planificación familiar que no esté afiliado con UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor dentro del Plan o a un proveedor de Medicaid para los servicios de planificación familiar, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.
- Todas las personas deben hablar con sus doctores acerca de tomar una prueba para HIV. Para obtener una prueba gratuita de HIV de manera anónima, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Algunas pruebas son “pruebas rápidas” y los resultados se obtienen mientras usted espera. El proveedor que le dio la prueba le explicará los resultados y hará los arreglos para que usted reciba el tratamiento si lo necesita. Usted también aprenderá ahí como puede proteger a su pareja. Si la prueba resulta negativa, nosotros le enseñaremos como puede usted conservarse en salud.

Servicios para la prevención de VIH

Hay muchos servicios disponibles para usted para la prevención de VIH. Nosotros hablaremos con usted acerca de cualquiera de las actividades que lo ponen en riesgo a usted o a otras personas en riesgo de transmitir o de adquirir VIH u otras enfermedades sexualmente contagiosas. Nosotros podemos ayudarle a conocer cómo puede protegerse. También podemos ayudarle a conseguir condones para hombres y mujeres y jeringas que no estén contaminadas.

Si usted es positivo a VIH, podemos ayudarle para hablar con su(s) pareja(s). Podemos ayudarle también a hablar con su familia y amigos para explicarles que es VIH y SIDA y cómo se puede obtener su tratamiento. Si usted necesita ayuda para hablar acerca de su condición de VIH con su pareja futura, el personal de UnitedHealthcare Community Plan puede asistirle. Podemos también ayudarle para hablar acerca de VIH con sus hijos.

Atención oftalmológica

Los beneficios cubiertos incluyen los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista y un proveedor oftalmológico; además incluyen un examen de la visión y un par de anteojos, si es necesario. Generalmente, puede obtener estos servicios una vez cada dos años o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. Las personas inscritas que padecen de diabetes pueden remitirse ellas mismas para un examen de pupilas dilatadas (retinas) una vez en un período de 12 meses. Simplemente tiene que elegir uno de nuestros proveedores de la visión participantes.

Los anteojos nuevos, con marcos aprobados por Medicaid, generalmente se entregan una vez cada dos años. Las lentes nuevas pueden pedirse con más frecuencia, si, por ejemplo, su visión cambia más de media dioptría. Si rompe sus anteojos, se pueden reparar. Si pierde o rompe los anteojos y no pueden repararse, se reemplazarán con la misma prescripción y el mismo estilo de marcos. Si necesita ver a un especialista de la visión para recibir atención por una enfermedad o defecto en la visión, su PCP puede recomendarle uno.

Salud conductual (salud mental y el uso de sustancias)

Nosotros queremos ayudarle para que reciba los servicios que usted necesita para su salud conductual y para el uso de sustancias.

Si en cualquier momento usted piensa que necesita ayuda con su salud conductual o por el uso de sustancias, usted puede consultar con un proveedor en nuestra red para conocer cuáles son los servicios que usted puede necesitar. Esto incluye servicios de clínicos y de desintoxicación. **Usted no necesita una remisión de su PCP.**

Parte I – Las primeras cosa que usted debe saber

Para dejar de fumar

Usted puede obtener medicamentos, suministros y asesoramiento si tiene deseos para dejar de fumar. No necesita una remisión de su PCP para obtener estos servicios.

Pruebas para la depresión maternal

Si está embarazada y piensa que necesita ayuda porque se siente deprimida, usted puede obtener pruebas para conocer si hay servicios que usted pudiera necesitar. Usted no necesita que la refiera su PCP. Usted puede ser revisada durante su embarazo y hasta por un año después del parto.

Emergencias

Siempre está cubierto para emergencias. En el estado de New York, una emergencia significa una condición conductual o médica:

- Que se produce de repente, y
- Que causa dolor u otros síntomas.

Una emergencia provoca que una persona que posee conocimientos generales de salud tenga miedo de que alguien sufra graves lesiones en las funciones o partes del cuerpo o desfiguramiento si no recibe atención de inmediato.

Ejemplos de una emergencia son:

- Ataque cardíaco o dolor intenso en el pecho
- Sangrado que no se detiene o quemadura grave
- Fracturas óseas
- Dificultades para respirar, convulsiones o pérdida de conocimiento
- Cuando siente que puede herirse a sí mismo o a los demás
- Si está embarazada y tiene signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos
- Sobredosis de drogas

Ejemplos de no emergencias son: resfriados, dolor de garganta, problemas estomacales, cortaduras menores y moretones o esguinces.

Las situaciones que no son emergencias pueden también ser asuntos de familia, un rompimiento emocional o el deseo de usar alcohol u otras. Estas situaciones pudieran sentirse como situaciones de emergencia, pero no son situaciones que requieran ir a una sala de emergencias.

Recuerde:

No necesita la aprobación previa para servicios de emergencia.

Use la sala de emergencias **solamente** si tiene una **Verdadera Emergencia**.

La sala de emergencia NO debe usarse para problemas como gripe, dolores de garganta o infecciones de oído.

Si tiene preguntas, llame a su PCP o UnitedHealthcare Community Plan a **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Si tiene una emergencia, debe hacer lo siguiente:

Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a una sala de emergencias. No necesita la aprobación de su PCP o de los planes para recibir atención de emergencia y no es necesario que utilice nuestros hospitales o médicos.

Si no está seguro, llame a su PCP o a un profesional de la salud conductual o con UnitedHealthcare Community Plan. Diga que es lo que está pasando. Su PCP o el representante para la salud conductual de Servicios para Miembros le:

- Dirán qué hacer en casa, o
- Propondrán venir al consultorio del PCP's office, o
- Le informarán acerca de los servicios comunitarios que usted puede obtener, por ejemplo las juntas de los 12 pasos o un refugio, o
- Le dirán que acuda a la sala de emergencia más cercana.

Usted también puede llamar a los Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-433-3413**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana si se encuentra en una crisis o necesita ayuda para su salud mental o con una situación por abuso de drogas.

Si se encuentra fuera del área cuando tiene una emergencia:

- Diríjase a la sala de emergencia más cercana o llame al 911
- Llame tan pronto como pueda a UnitedHealthcare Community Plan (dentro de las primeras 48 horas si usted puede hacerlo)

Atención de urgencia

Es posible que tenga una lesión o enfermedad que no sea una emergencia pero que necesita atención inmediata.

- Esto puede ser una gripe o si usted requiere de puntadas
- Puede ser un esguince de tobillo o una astilla difícil de sacar

Puede obtener una cita para una consulta de atención urgente para el mismo día o el siguiente. Ya sea que esté en su casa o lejos de ella, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede localizar a su PCP, llámenos al **1-866-433-3413**, TTY **711**. Dígale a la persona que conteste que es lo que está pasando. Ellos le dirán que debe hacer.

Atención fuera de los Estados Unidos

Si viaja fuera de los Estados Unidos, puede obtener cuidados de emergencia y urgencia solamente en el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Si necesita atención médica en cualquier otro país (incluso Canadá y México), usted tendrá que pagar.

Deseamos mantenerle saludable

Además de los chequeos regulares y de las vacunas que usted y su familia necesitan, estas son algunas otras maneras de mantenerse saludable:

- Clases para dejar de fumar
- Nutrición y atención prenatal
- Apoyo por dolor/pérdida
- Lactancia y atención de bebés
- Manejo del estrés
- Control del peso
- Control del colesterol
- Asesoramiento para diabetes y capacitación en autocontrol
- Asesoramiento para asma y capacitación en autocontrol
- Pruebas para las infecciones sexualmente transmitidas (STI) y cómo protegerse en contra de las STIs
- Servicios para la violencia doméstica

Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** o visite nuestro sitio web myuhc.com/CommunityPlan para obtener una lista de las clases y los programas cerca de usted.

30 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

El resto de este manual es para su información cuando lo necesite. Enumera los servicios cubiertos y no cubiertos. Si tiene una queja, el manual le dirá qué hacer. El manual tiene otra información que puede resultarle de utilidad. Téngalo a mano en caso de que lo necesite.

Beneficios

Los planes de salud y recuperación proporcionan un cierto número de servicios que puede obtener además de aquellos que tiene con Medicaid regular. Le proporcionamos un cierto número de servicios que puede obtener además sin consultar con su PCP. Estos incluyen cuidados de emergencia, planificación familiar, servicios para crisis móviles y servicios específicos de auto-remisión, incluyendo aquellos que puede obtener dentro del plan y algunos que puede optar por ir a cualquier proveedor de servicios de Medicaid.

Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Debe recibir estos servicios de los proveedores que se encuentren dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios y provistos o referidos por su PCP (Proveedor de atención primaria). Por favor, llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios a continuación.

Atención médica regular

- Visitas al consultorio con su PCP
- Visitas al especialista
- Exámenes de audición/vista
- Ayuda para mantenerse dentro de su horario para tomar sus medicamentos
- Coordinación de sus beneficios y de los cuidados de salud

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Atención preventiva

- Revisiones regulares
- Acceso a jeringas y agujas hipodérmicas gratuitas
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Educación para VIH y para la reducción del riesgo
- Referencias para encontrar ayuda de parte de la Organizaciones Comunitarias (CBOs)
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Servicios para alergias, incluyendo RAST (prueba radioalergosorbent)

Servicios de infertilidad

UnitedHealthcare Community Plan cubre algunos medicamentos para la infertilidad. Este beneficio se limita a la cobertura de 3 ciclos de tratamiento de por vida.

UnitedHealthcare Community Plan también cubre servicios relacionados con la prescripción y el control del uso de dichos medicamentos. El beneficio de infertilidad incluye:

- Visitas al consultorio
- Radiografía del útero y las trompas de Falopio
- Ultrasonido pélvico
- Análisis de sangre

Elegibilidad:

Puede ser elegible para los servicios de infertilidad si cumple con los siguientes criterios:

- Tiene entre 21 y 34 años y no puede quedar embarazada después de 12 meses de relaciones sexuales sin protección
- Tiene entre 35 y 44 años y no puede quedar embarazada después de 6 meses de relaciones sexuales sin protección

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY 711.

Atención de maternidad

- Atención durante el embarazo
- Servicios de hospitales y médicos/parteras
- Revisión para la depresión durante el embarazo y hasta por un año después del parto

Servicios de telesalud

La Atención Administrada de Medicaid de UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de Telesalud (Telehealth). Esto también es llamado telemedicina. Significa el uso de tecnología electrónica para comunicarse. Se usa cuando usted y un proveedor no están en el mismo lugar.

La Telesalud puede involucrar:

- Una videoconferencia en vivo con usted y un proveedor
- Enviar información sobre usted de su médico a otro proveedor
- Monitorización remota del paciente de la presión arterial y otros signos vitales

Los servicios de Telesalud pueden estar cubiertos en una clínica, centro médico o de salud mental. También puede estar cubierto en su hogar si tiene equipo de monitoreo. Los servicios deben cumplir con ciertos requisitos del plan.

Atención médica domiciliaria

- Debe ser médicamente necesaria y requiere autorización previa de UnitedHealthcare Community Plan
- Una visita domiciliaria médicamente necesaria después del parto, visitas adicionales según sea médicamente necesario para las mujeres en riesgo
- Otras visitas de atención médica a domicilio según lo necesite y solicite su PCP/especialista

Atención personal/Auxiliar del hogar/Ayuda personal auto-dirigida (CDPAS)

- Debe ser médicamente necesario y solicitado por UnitedHealthcare Community Plan
- Atención personal/Auxiliar del hogar — Brinda asistencia total o parcial con la higiene personal, para vestirse y comer y ayuda en la preparación de las comidas y con el mantenimiento de la vivienda
- CDPAS — Brinda asistencia total o parcial con la higiene personal, para vestirse y comer y ayuda en la preparación de las comidas y el mantenimiento de la vivienda, además ayuda con las tareas del asistente de cuidados médicos y enfermería. Este es un asistente que usted elige y usted dirige. Si quiere obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Sistema de respuesta a emergencia personal (PERS)

Este es un dispositivo que usted lleva en su persona en caso de tener una emergencia y necesitar ayuda. Para calificar para recibir este servicio, tiene que estar recibiendo servicios de atención personal/auxiliar del hogar o de CDPAS.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Servicios de cuidados de salud para adultos durante el día

- Deben recomendarse por su Proveedor de Atención Primaria (PCP)
- Provee parte o todo de lo siguiente: educación acerca de la salud, nutrición, servicios sociales y de enfermería, asistencia para las actividades de la vida diaria, terapia de rehabilitación, servicios de farmacia así como referencias a servicios dentales y cuidados de especialidades

Terapia para la tuberculosis (TB)

- Esto es una ayuda para tomar sus medicamentos para la TB y darle seguimiento a los cuidados de salud

Servicios del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP)

Si usted está en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios que le pueden ayudar.

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de prevención de la diabetes a través del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP). Este beneficio cubre 22 sesiones de grupo en un programa de capacitación durante el transcurso de 12 meses.

El **Programa Nacional de Prevención de la Diabetes** es un programa educativo y de apoyo diseñado para ayudar a las personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El programa consiste en sesiones de entrenamiento de grupo que se enfocan en los efectos positivos a largo plazo de la alimentación saludable y el ejercicio. Los objetivos de estos cambios en el estilo de vida incluyen una modesta pérdida de peso y una mayor actividad física. Las sesiones de NDPP se enseñan con un entrenador capacitado en estilos de vida.

Elegibilidad:

Usted puede ser elegible para los servicios de prevención de la diabetes si tiene una recomendación de un doctor o de otro profesional autorizado y usted:

- Tiene al menos de 18 años de edad,
- No está embarazada en este momento,
- Tiene un sobrepeso, y
- No ha sido diagnosticado(a) previamente con diabetes tipo 1 o tipo 2.

Y, si usted llena al menos uno de los siguientes criterios:

- Ha tenido un resultado de análisis de sangre en el rango de prediabetes durante el último año, o
- Le han diagnosticado previamente diabetes gestacional, o
- Obtuvo un puntaje de 5 o más en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC/Asociación Americana de Diabetes (ADA).

34 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Hable con su doctor para conocer si usted califica para participar en el NDPP. Para obtener más información acerca de estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Beneficios de hospicio

- El hospicio ayuda a los pacientes y a sus familias con las necesidades especiales que se presentan durante las etapas finales de la enfermedad y después de la muerte
- Deben ser médicamente necesarias y ser ordenadas por UnitedHealthcare Community Plan
- Brindan los servicios de ayuda y algunos servicios médicos para los pacientes que están enfermos y que no se espera que vivan más de un año
- Usted puede obtener esos servicios en su hogar, en el hospital

Atención dental

UnitedHealthcare cubre servicios dentales en todos los condados a los que damos servicio. UnitedHealthcare Community Plan considera que ofrecerle una buena atención dental es importante para su atención a la salud en general. Ofrecemos atención dental a través de contactos con dentistas individuales y prácticas de grupo, expertos en proporcionar servicios odontológicos de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen servicios dentales de rutina y regulares, como revisiones dentales preventivas, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para controlar cualquier cambio o anomalía que requiera tratamiento y/o atención de seguimiento. **¡No necesita ser referido por su PCP para ir al dentista!**

Es posible que pueda obtener implantes dentales como parte de su beneficio de atención administrada de Medicaid. El Plan Wellness4Me de UnitedHealthcare Community Plan cubrirá los implantes dentales cuando su médico y dentista acuerden que son necesarios.

El Plan Wellness4Me de UnitedHealthcare Community Plan cubrirá los implantes dentales cuando:

- Su médico dice que usted necesita implantes dentales para aliviar su problema médico; y
- Su dentista dice que los implantes dentales son lo único que solucionará su problema dental.

Cómo acceder a servicios dentales

No necesita seleccionar un dentista de atención primaria como parte de UnitedHealthcare Community Plan. Usted puede elegir a cualquiera de los dentistas participantes (que formen parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan) seleccionando un dentista del directorio de proveedores o puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda al **1-866-433-3413**, TTY **711**. Por favor presente su tarjeta de identidad como miembro de UnitedHealthcare Community Plan cada vez que usted reciba servicios dentales.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Muestre su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan para obtener los beneficios dentales. Usted no recibirá otra tarjeta para los servicios dentales. Cuando usted visite a su dentista, debe mostrar su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

También puede dirigirse a una clínica dental administrada por un centro dental académico sin ser referido. Por favor llame a Servicios para Miembros al número gratuito **1-866-433-3413**, TTY **711** para conocer las ubicaciones de los centros dentales académicos.

Atención de la vista

- Servicios de un oftalmólogo, proveedor oftalmológico y optometrista
- Cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales y/o reemplazo de anteojos en caso de pérdida o ruptura, incluso reparaciones, cuando sea médicamente necesario. Los ojos artificiales se cubren según pedido de un proveedor del plan.
- Exámenes de los ojos, generalmente cada dos años, a menos que médicamente se necesiten con mayor frecuencia
- Anteojos con un nuevo par de marcos aprobado por Medicaid cada dos años o con mayor frecuencia, si es médicamente necesario)
- Examen de escasa visión y aparatos para la visión solicitados por su médico
- Especialista para enfermedades o defectos de la visión

Farmacia

- Medicamentos recetados
- Medicamentos de venta libre
- Insulina y suministros diabéticos
- Agentes para dejar de fumar, incluso productos de venta libre
- Baterías para aparatos de audición
- Anticonceptivos de emergencia (6 por año calendario)
- Suministros médicos y quirúrgicos

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Algunas personas deben pagar un copago de farmacia por algunos medicamentos y artículos de farmacia. No hay copagos para los siguientes miembros o servicios:

- Mujeres embarazadas: quedan excluidas durante el embarazo y durante los dos meses posteriores al mes en el que finaliza su embarazo
- Suministros y medicamentos para la planificación familiar, como las pastillas anticonceptivas y los condones para hombre o mujer, jeringas y agujas hipodérmicas
- Consumidores en un programa de Administración Comprensiva de los Cuidados de Salud de Medicaid (CMCM) o en un programa de Coordinación de Servicio
- Consumidores en un Programa de exención de Servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) de la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH) u Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD)
- Consumidores en un Programa de exención de HCBS del Departamento de Salud (Department of Health, DOH) para personas con lesiones cerebrales traumáticas (Traumatic Brain Injury, TBI)
- Medicamentos para tratar enfermedades mentales (psicotrópicos) y tuberculosis

Copagos

Artículo de la receta	Copago	Detalles del copago
Medicamentos recetados de marca	\$3.00/\$1.00	Consulte la Lista de medicamentos preferidos
Medicamentos recetados genéricos	\$1.00	Consulte la Lista de medicamentos preferidos
Medicamentos de venta libre	\$0.50	Consulte la Lista de medicamentos preferidos

- Si usted tiene que pagar un copago, hay un copago por cada nueva receta y por su renovación
- Si usted tiene que pagar un copago, es responsable por un máximo de \$50 cada trimestre del año

El copago máximo se ajusta cada trimestre, independientemente de la cantidad que usted haya pagado en el último trimestre. Los cuatros trimestres son:

- Primer trimestre: 1 de enero – 31 de marzo
- Segundo trimestre: 1 de abril – 30 de junio
- Tercer trimestre: 1 de julio – 30 de septiembre
- Cuarto trimestre: 1 de octubre – 31 de diciembre

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711 37**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si usted no puede pagar el copago solicitado, debe informar al proveedor. El proveedor no puede negarse a brindarle servicios o bienes porque usted no puede pagar el copago. (Los copagos que no se han pagado son una deuda que se le debe al proveedor).

Para obtener más información acerca de estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

- Si se transfirió a un nuevo plan durante el año calendario, guarde sus recibos que comprueban el pago de copagos o pida copias de los comprobantes de esos copagos a la farmacia. Usted necesitará darle al nuevo plan estas copias.
- Ciertos medicamentos pueden requerir que su doctor nos solicite por una previa autorización antes de darle una receta. Su doctor puede trabajar con UnitedHealthcare Community Plan para asegurar que usted obtiene los medicamentos que necesita. Conozca más acerca de las previas autorizaciones más adelante en este manual.
- Usted tiene la opción de escoger el sitio en que quiere que surtan sus medicamentos prescritos. Usted puede ir a cualquier farmacia que participe dentro de nuestro plan. Para obtener más información acerca de sus opciones, por favor contacte a Servicio para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Beneficio de suministro para 90 días

Su plan ahora cubre suministros para 90 días de medicamentos seleccionados en la farmacia minorista. Con un suministro para 90 días, no necesitará renovarlo todos los meses.

Si desea participar en este beneficio:

- Hable con su médico para ver si sus medicamentos califican para este beneficio. Su médico puede escribirle una nueva receta para un suministro de 90 días del mismo medicamento que está tomando ahora.
- Hable con su farmacéutico. Su farmacéutico puede llamar a su médico para obtener una nueva receta para un suministro de 90 días.

Para obtener una lista completa de los medicamentos incluidos en este beneficio, visite myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Cómo obtener un medicamento recetado

Lleve su receta y su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan a cualquier farmacia participante. Las farmacias participantes se anotan en el directorio de proveedores, visitando a myuhc.com/CommunityPlan, o usted puede llamar gratuitamente a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413** para obtener ayuda. Usted tendrá que pagar el medicamento si no usa una farmacia participante.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Hay un copago por cada nueva receta y por cada resurtido. Si usted debe pagar un copago, es responsable por un máximo de \$50 por trimestre al año. Si usted se transfirió de planes durante el año calendario, conserve sus recibos como prueba de sus copagos o puede solicitar una prueba de los copagos pagados en su farmacia. Usted debe entregar una copia a su nuevo plan.

Usted puede elegir en dónde quiere surtir sus recetas. Puede encontrar los nombres de las farmacias participantes en el directorio de proveedores, visitando myuhc.com/CommunityPlan, o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**.

Todos los medicamentos que aparecen en nuestra lista de medicamentos preferidos (PDL) estarán cubiertos cuando sean médicamente necesarios. Usted debería haber recibido la lista de medicamentos preferidos con su paquete de bienvenida, o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413** para solicitar una copia.

Autorización previa

Ciertos medicamentos pueden requerir que su doctor obtenga una autorización previa de nuestra parte antes de escribir su receta. Esto significa que la receta debe aprobarse antes de que pueda ir a su farmacia a obtener el medicamento. Cuando un medicamento necesita autorización previa, su doctor debe comunicarse con nuestro departamento de farmacia. Ellos revisarán la solicitud de su doctor y se les informará a usted y a su doctor la decisión de la solicitud. Si el medicamento que le recetan necesita autorización previa y su doctor no la obtiene, usted no podrá obtener el medicamento. Su doctor debe llamar a nuestro **departamento de farmacia al 1-800-310-6826** para solicitar una autorización previa. Es posible que su **farmacéutico pueda darle un suministro de emergencia para 3 días**, hasta que procesemos la solicitud. Si no aprobamos la solicitud, le diremos cómo puede usted apelar.

Terapia escalonada

Algunos medicamentos de la lista de medicamentos preferidos requieren que se usen otros medicamentos primero. Esto se llama terapia escalonada. Los medicamentos de terapia escalonada están cubiertos si los medicamentos requeridos se probaron primero. Si no se ha probado el medicamento requerido, su doctor debe obtener autorización previa. Le pediremos a su doctor que le explique por qué no puede usar el medicamento requerido primero. Si no aprobamos la solicitud, le diremos cómo puede apelar.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Medicamentos de marca en lugar de equivalentes genéricos

UnitedHealthcare Community Plan requiere que se utilicen medicamentos genéricos cuando estén disponibles. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los de marca. Los medicamentos genéricos son tan seguros y eficaces como los de marca. Si su doctor piensa que usted necesita un nombre de marca en lugar del genérico, su doctor debe obtener una **autorización previa llamando al 1-800-310-6826**. Nosotros le pediremos a su doctor información para explicar por qué usted no puede usar el medicamento genérico. Si no aprobamos la solicitud, le diremos cómo puede apelar.

Medicamentos de especialidad

Un medicamento de farmacia de especialidad es típicamente un medicamento de alto costo (tomado por vía oral o inyectado) que trata enfermedades raras, complejas o crónicas. (Estos incluyen, por ejemplo, medicamentos para la artritis reumatoide, hormona del crecimiento y medicamentos para el cáncer oral). Estos medicamentos generalmente requieren un control frecuente (para asegurarse de que funcionan y evitar efectos secundarios) y los pacientes que los toman pueden necesitar apoyo adicional o ayudar a manejar su tratamiento. Ciertos medicamentos especiales requieren autorización previa. Una vez aprobada, una farmacia especializada llama al miembro para organizar la entrega. La farmacia llamará al miembro antes del vencimiento de cada reabastecimiento. Si lo prefieren, los miembros pueden obtener sus medicamentos especializados a través de la farmacia de la red local. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos preferidos (PDL) de UnitedHealthcare Community Plan

Si su receta no está en nuestra PDL, su doctor debe obtener una autorización previa. Si su doctor no hace esto, no podrá obtener el medicamento. En su paquete de bienvenida se incluyó una lista de medicamentos en la PDL y también está disponible en myuhc.com/CommunityPlan, o usted puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**. Si el doctor opta por no utilizar un medicamento de la PDL, su doctor debe obtener una autorización previa del Departamento de farmacia. La revisión tarda 24 horas. A usted y a su doctor se les informará el resultado (la decisión). Si no aprobamos la solicitud, le diremos cómo apelar.

Los siguientes productos están cubiertos:

- Medicamentos de receta (medicamentos que necesitan de una receta médica según la ley federal)
- Compuestos que utilizan un fármaco de receta
- Agentes de prueba de glucosa en sangre u orina desechables
- Agujas o jeringas de insulina desechables
- Hormonas del crecimiento
- Insulina
- Lancetas
- Anticonceptivos de receta (recetados)
- Suplementos de fluoruro
- Vitaminas y minerales
- Vitaminas prenatales de receta (recetadas)

Los siguientes productos no están cubiertos:

- Esteroides anabólicos
- Anorécticos (medicamentos utilizados para bajar de peso)
- Agentes antiarrugas
- Suplementos dietéticos
- Productos seleccionados vitamínicos y minerales recetados
- Medicamentos para la calvicie
- Medicamentos seleccionados que no sean de receta (de venta libre)
- Agentes de pigmentación
- Medicamentos con fines cosméticos
- Medicamentos designados como menos efectivos por la FDA según el estudio de eficacia de medicamentos o medicamentos fabricados por empresas que no tienen acuerdos de reembolso con el gobierno según OBRA'90

Su doctor puede trabajar con UnitedHealthcare para asegurarse de que usted obtenga los medicamentos que necesita. Obtenga más información acerca de la autorización previa más adelante en este manual.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Atención hospitalaria

- Atención para pacientes hospitalizados
- Atención para pacientes ambulatorios
- Laboratorios, radiografías y otras pruebas

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia
- Después de recibir atención de emergencia, puede ser necesario que reciba otra atención para asegurarse de permanecer en una condición estable. Según la necesidad, podría ser tratado en la sala de emergencias, en un cuarto de hospital para pacientes hospitalizados o en otra área. Esto se denomina **Servicios Posteriores a la Estabilización**.
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 28

Cobertura de reasignación de género

La atención administrada de UnitedHealthcare Community Plan Medicaid ahora cubre la atención de transición para personas diagnosticadas con disforia de género. Esto es cuando una persona tiene una gran angustia por el género con el que nace. No se identifican con este género. Esto puede resultar en un fuerte deseo de ser tratado como el otro género. Puede significar un deseo de deshacerse de los rasgos sexuales de uno. Puede incluir sentimientos típicos del otro género.

Según los objetivos de género del paciente, la atención puede incluir:

- Asesoramiento
- Terapia hormonal. (Esto está cubierto para miembros mayores de 18 años)
- Cirugía de reasignación de género. (Esto está cubierto para miembros mayores de 18 años o mayores de 21 años si resultará en la esterilización)

Cuidados de salud especiales

Incluyen los servicios de otros proveedores, incluyendo:

- Terapistas ocupacionales y del habla — UnitedHealthcare Community Plan cubre las visitas de OT y ST médicamente necesarias ordenadas por un doctor u otro profesional autorizado. Para obtener más información acerca de estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**. Se requiere autorización previa para estos servicios de terapia para determinar si el sitio de atención es médicamente necesario.
- Fisioterapeutas — UnitedHealthcare Community Plan cubrirá las visitas de PT médicamente necesarias ordenadas por un doctor u otro profesional autorizado. Para obtener más información acerca de estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**. Se requiere autorización previa para estos servicios de terapia para determinar si el sitio de atención es médicamente necesario.
- Audiólogos
- Parteras
- Rehabilitación cardíaca
- Podólogos, si usted es diabético

Atención en centros de atención para la salud residenciales (casas de reposo)

- Incluye a estadías cortas o rehabilitación
- Su doctor debe solicitarlo y UnitedHealthcare Community Plan debe autorizarlo

Si usted tiene la necesidad de una estadía a largo plazo en una casa de reposo, su departamento local de Servicios Sociales determinará si usted llena ciertos requerimientos de Medicaid relacionados a sus ingresos. UnitedHealthcare Community Plan y la casa de reposo pueden asistirle para presentar una solicitud. Nosotros no cubrimos servicios que estén relacionados a tratamientos para el reposo, cuidados de salud de custodia permanente en una casa de reposo con servicios de enfermería.

Usted debe obtener esos cuidados de salud de una casa de reposo que esté afiliada con la red de proveedores del UnitedHealthcare Community Plan. Si usted escoge tener su estadía en una casa de reposo que esté fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan, tendrá que cambiar a otro plan. Llame a New York Medicaid Choice al **1-800-505-5678** para obtener ayuda con cualquiera de sus preguntas acerca de los proveedores de la casa de reposo y de la red de proveedores.

Llame al **1-866-433-3413**, TTY **711**, para obtener ayuda para encontrar una casa de reposo afiliada con nuestra red.

Atención médica de salud conductual

La atención médica de salud conductual incluye los servicios para trastornos por el uso de sustancias y la salud mental. Todos nuestros miembros tienen acceso a servicios de salud conductual que incluyen:

Cuidados médicos de salud mental

- Servicios psiquiátricos
- Servicios psicológicos
- Tratamiento diurno continuo (CDT)
- Tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Inyecciones para afecciones relacionadas con la salud conductual
- Hospitalización parcial
- Servicios de rehabilitación si se encuentra en un hogar comunitario o en un tratamiento familiar
- Asesoramiento individual y de grupo a través de las clínicas de la Oficina de Salud Mental (OMH)
- Servicios de intervención en crisis
- Programa integral de emergencia psiquiátrica (CPEP) que incluye una cama para observación extendida
- Tratamiento comunitario asertivo (ACT)
- Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS)

Apoyo residencial en crisis

Este es un programa para personas de 21 años o mayores con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no se pueden controlar en casa o en la comunidad sin ayuda.

Residencia intensiva de crisis

Este es un programa de tratamiento para personas mayores de 21 años o mayores que padecen de una angustia emocional grave.

Servicios para trastornos por el uso de sustancias para adultos mayores de 21 años o mayores

- Servicios de crisis
 - Administración de abstinencia administrada médicamente
 - Administración de abstinencia supervisada por un doctor (pacientes hospitalizados/ambulatorios*)
- Servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados (hospitalarios o comunitarios)
- Servicios de tratamiento residencial
 - Estabilización en un entorno residencial
 - Rehabilitación en entorno residencial
- Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
 - Tratamiento intensivo ambulatorio
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - *Administración de abstinencia de pacientes ambulatorios
 - Tratamiento asistido por medicamentos
- Programas de tratamiento de opioides (OTP)
 - Incluyendo mantenimiento con metadona y otras formas de tratamientos con asistencia médica

Servicios de reducción de daños

Los servicios de reducción de daños ofrecerán un enfoque completo orientado al paciente para la salud y el bienestar de los usuarios de sustancias. Su plan cubrirá los servicios de reducción de daños recomendados por un médico u otro profesional con licencia. Estos servicios incluyen:

- Un plan de atención desarrollado por una persona con experiencia en el trabajo con usuarios de sustancias
- Asesoramiento individual de apoyo que lo ayuda a alcanzar sus objetivos
- Asesoramiento grupal de apoyo en un espacio seguro para hablar con otros sobre temas que afectan su salud y bienestar
- Asesoramiento para ayudarlo a tomar sus medicamentos recetados y continuar el tratamiento
- Grupos de apoyo para ayudarlo a comprender mejor el uso de sustancias e identificar las técnicas y habilidades de afrontamiento que funcionarán para usted

Si actualmente recibe servicios de reducción de daños de un proveedor, su atención no cambiará; aún puede ir al mismo proveedor para recibir estos servicios.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Servicios de Salud Conductual en el Hogar y Comunitarios (BHHCBS)

Los BHHCBS pueden ayudarle a realizar sus metas en la vida tales como un trabajo, escuela o en otras áreas de su vida en donde usted quiere tratar de lograr algo. Para conocer si usted califica, un Administrador de Cuidados del Hogar de Salud debe completar una breve revisión con usted que revelará si usted puede beneficiarse con estos servicios. Si la revisión demuestra que puede ser de beneficios para usted, el Administrador de Cuidados llevará a cabo una evaluación completa para conocer cuáles son sus necesidades completas de salud, incluyendo las físicas, mentales y de rehabilitación.

BHHCBS incluyen:

- Rehabilitación Psicosocial (PSR) — le ayuda a mejorar sus habilidades para poder alcanzar sus metas
- Tratamiento y ayuda psiquiátrica comunitaria (CPST) — es una manera de obtener servicios para un tratamiento que usted necesite por un corto tiempo en alguna localidad que usted escoja, como por ejemplo en su propia casa. CPST le ayuda a conectarse con un programa de tratamiento certificado
- Servicios de Acondicionamiento — le ayudan a obtener nuevas habilidades para poder vivir independientemente dentro de la comunidad
- Ayuda Familiar y Entrenamiento — es para enseñar nuevas formas de ser y otras habilidades a las personas en su vida para que le brinden ayuda durante su recuperación
- Periodos cortos de Descanso — le ofrece un lugar seguro a donde pueda ir cuando usted necesita separarse de una situación estresante
- Descanso Intensivos — le ayuda a usted a mantenerse fuera de los hospitales cuando tiene una crisis, ofreciéndole un lugar seguro en donde pueda obtener tratamiento
- Servicios de ayuda para la educación — le ayuda a encontrar formas para que usted retorne a la escuela para obtener una educación y entrenamiento que le permita encontrar un trabajo
- Servicios Pre-vocacionales — le ayuda a obtener las habilidades necesarias para prepararse para un empleo
- Servicios de Empleo Transicionales — le da ayuda por un corto período de tiempo mientras usted se encuentra ensayando diferentes tipos de trabajos. Esto incluye el entrenamiento en el trabajo para reforzar sus habilidades de trabajo que le permitan conservar el empleo ganando un salario mínimo o por arriba del salario mínimo.
- Servicios de ayuda intensiva para la búsqueda de empleo — le ayuda a encontrar y mantener un empleo con un salario mínimo o por encima del salario mínimo
- Servicios continuos de ayuda para el empleo — le ayuda a que usted conserve el empleo y que tenga éxito llevándolo a cabo

- Servicios de Fortalecimiento — Ayuda de colegas y amigos — son aquellas personas que están junto a usted ayudándolo para alcanzar sus metas de recuperación
- Transporte que no es por razones médicas — transporte para actividades que no son médicas relacionadas a las metas de su plan de cuidados de salud

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico durable (DME)/aparatos de audición/prótesis/ortesis
- Servicios con orden judicial
- Servicios de ayuda social (ayuda para obtener servicios comunitarios)
- FQHC o servicios similares

Beneficios que puede obtener de UnitedHealthcare o con la tarjeta de identificación Medicaid

Para algunos servicios, puede elegir dónde recibir la atención. Puede obtener estos servicios usando la tarjeta como miembro de UnitedHealthcare Community Plan. También puede ir a proveedores que aceptan su tarjeta de beneficios Medicaid. **Usted no necesita una remisión de su PCP para obtener estos servicios.** Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros al número gratuito **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Planificación familiar

Puede asistir a cualquier doctor o clínica que acepte Medicaid y ofrezca los servicios de planificación familiar. También puede visitar uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Cualquiera que sea la opción, no necesita una remisión de su PCP.

Usted puede obtener medicamentos para el control de la natalidad, dispositivos para el control de la natalidad (IUDs y diafragmas) que se encuentran disponibles con una receta médica, además, están disponibles con una receta médica métodos para los contraceptivos de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, cuidados prenatales y servicios para el aborto. Usted también puede consultar con un proveedor de planificación familiar para las pruebas de VIH y de infecciones sexualmente transmitidas (STI) y para el tratamiento y asesoramiento relacionado a los resultados de estas pruebas. Los exámenes para el cáncer y otras condiciones relacionadas también se incluyen en las consultas de las planificaciones familiares.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Pruebas para VIH y STI

Usted puede obtener este servicio periódicamente de parte de su PCP o de los doctores de UnitedHealthcare Community Plan. Cuando usted obtiene este servicio como parte de una consulta acerca de la planificación familiar, usted puede acudir a cualquier clínica que acepte Medicaid y que ofrezca servicios de planificación familiar. Usted no necesita que lo refieran a este servicio cuando es parte de una consulta de planificación familiar.

Todas las personas deben hablar con su doctor acerca de las pruebas para VIH. Para tener acceso a una prueba gratuita de VIH o una prueba anónima, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Diagnóstico de tuberculosis y tratamiento

Tiene la opción de ir a su PCP o a la agencia de salud pública del condado para diagnóstico y/o tratamiento. No necesita una remisión para ir a la agencia de salud pública del condado.

Beneficios usando simplemente su Tarjeta Medicaid

Existen algunos servicios que UnitedHealthcare Community Plan no provee. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios Medicaid.

Transporte que no sea de emergencia

Si usted vive en los condados de Albany, Broome, Bronx, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Dutchess, Erie, Essex, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Jefferson, Kings (Brooklyn), Lewis, Livingston, Madison, Monroe, Nassau, New York (Manhattan), Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orange, Oswego, Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Rockland, Seneca, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester, o Wyoming, usted puede obtener servicios de transporte llamando a Servicios de Respuesta Médica (Medical Answering Services), LLC (MAS) o LogistiCare Solutions.

El transporte para situaciones que no son emergencias será cubierto por Medicaid regular. Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deberán llamar a Servicios de Respuesta Médica (Medical Answering Services), LLC (MAS) o a LogistiCare Solutions dependiendo en el condado en que usted viva.

Si es posible, usted o su proveedor deben llamar al transporte regional por lo menos 3 días hábiles antes del día de la cita médica y dar el número de identificación de Medicaid (por ejemplo AB12345C), la fecha y hora de la cita, la dirección donde tiene la cita y el nombre del doctor al que visita. El transporte para condiciones que no son de emergencia incluyen: vehículo personal, autobús, taxi, ambulancia y transporte público.

48 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Número del contacto	Condado	Proveedor del transporte
855-360-3549	Albany County	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Bronx County	Medical Answering Service – MAS
855-852-3294	Broome County	Medical Answering Service – MAS
866-932-7743	Cayuga County	Medical Answering Service – MAS
855-733-9405	Chautauqua County	Medical Answering Service – MAS
855-733-9399	Chemung County	Medical Answering Service – MAS
855-733-9396	Chenango County	Medical Answering Service – MAS
866-753-4435	Clinton County	Medical Answering Service – MAS
855-360-3546	Columbia County	Medical Answering Service – MAS
845-486-3000	Dutchess County	Medical Answering Service – MAS
716-858-8000	Erie County	Medical Answering Service – MAS
866-753-4442	Essex County	Medical Answering Service – MAS
855-360-3550	Fulton County	Medical Answering Service – MAS
855-733-9404	Genesee County	Medical Answering Service – MAS
518-943-3200	Greene County	Medical Answering Service – MAS
866-753-4524	Herkimer County	Medical Answering Service – MAS
866-558-0757	Jefferson County	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Kings County (Brooklyn)	Medical Answering Service – MAS
800-430-6681	Lewis County	Medical Answering Service – MAS
585-243-7300	Livingston County	Medical Answering Service – MAS
855-852-3286	Madison County	Medical Answering Service – MAS
866-932-7740	Monroe County	Medical Answering Service – MAS

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711** 49
 (Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Número del contacto	Condado	Proveedor del transporte
844-678-1103	Nassau County	LogistiCare Solutions
844-666-6270	New York County	Medical Answering Service – MAS
866-753-4430	Niagara County	Medical Answering Service – MAS
855-852-3288	Oneida County	Medical Answering Service – MAS
855-852-3287	Onondaga County	Medical Answering Service – MAS
866-733-9402	Ontario County	Medical Answering Service – MAS
855-360-3543	Orange County	Medical Answering Service – MAS
855-733-9395	Oswego County	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Queens County	Medical Answering Service – MAS
866-666-8653	Rensselaer County	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Richmond County (Staten Island)	Medical Answering Service – MAS
855-360-3542	Rockland County	Medical Answering Service – MAS
866-753-4437	Seneca County	Medical Answering Service – MAS
866-722-4135	St. Lawrence County	Medical Answering Service – MAS
844-678-1103	Suffolk County	LogistiCare Solutions
855-733-9398	Tioga County	Medical Answering Service – MAS
866-287-0983	Ulster County	Medical Answering Service – MAS
855-360-3541	Warren County	Medical Answering Service – MAS
855-852-3295	Wayne County	Medical Answering Service – MAS
866-883-7865	Westchester County	Medical Answering Service – MAS
585-786-8900	Wyoming County	Medical Answering Service – MAS

50 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Transporte de emergencia

La manera en que usted obtiene transporte de emergencia no cambia. Si usted tiene una emergencia y necesita una ambulancia, llame al 911.

Discapacidades de desarrollo

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento de día
- Servicios en la vivienda
- Programa Coordinación de Servicios de Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC)
- Servicios recibidos bajo el subsidio de servicios basados en la comunidad y el hogar
- Servicios subsidiados (atención en el hogar) de modelo médico

Servicios no cubiertos

Estos servicios **no están disponibles** con UnitedHealthcare Community Plan o Medicaid. Si recibe alguno de estos servicios, es posible que tenga que pagar la factura.

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos para su comodidad y personales
- Servicios de un proveedor que no es parte de UnitedHealthcare Community Plan, a menos que es un proveedor aprobado para que usted lo consulte en la forma en que está descrita en este manual o UnitedHealthcare o su proveedor se lo mandan a ese proveedor. Nosotros no cubrimos servicios que estén relacionados a tratamientos para el reposo, cuidados de salud de custodia permanente en una casa de reposo con servicios de enfermería. “Cuidados de custodia” significa que existe ayuda para el transporte, alimentación, ayuda para vestirse, bañarse, ayuda para usar el excusado y otros servicios personales similares. Los cuidados de custodia no incluyen a los servicios con cobertura para los cuáles se ha determinado que son médicamente necesarios.

Es posible que deba pagar por cualquier servicio que su PCP o especialista no apruebe. Además, si antes de recibir un servicio, acepta ser un paciente de “pago privado” o “particular” deberá pagar por estos servicios.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Esto incluye:

- Servicios no cubiertos (enumerados anteriormente)
- Servicios no autorizados
- Servicios proporcionados por proveedores que no forman parte de UnitedHealthcare Community Plan

Si usted recibe una factura

Si usted recibe una factura por un tratamiento o servicio y piensa que no debe pagarla, no lo ignore. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-433-3413**, TTY **711** de inmediato. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a entender porque recibió esa factura. Si usted no es responsable por ese pago, UnitedHealthcare Community Plan se pondrá en contacto con el proveedor y resolverá el problema por usted.

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial si piensa que se le está haciendo pagar por algo que Medicaid o UnitedHealthcare Community Plan deberían cubrir. Consulte la sección de **Audiencias Imparciales** en este manual.

Si tiene cualquier pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Información para miembros de UnitedHealthcare Community Plan of New York: Servicios de emergencia y facturas inesperadas

UnitedHealthcare Community Plan (UHCCP) brinda extensos servicios de atención médicos sin costo para usted. Usted nunca tendrá que pagarle a su PCP ni a ningún otro proveedor de UHCCP por servicios que nosotros aprobamos. Si un proveedor de UHCCP le pide a usted que pague por los servicios, infórmele que está cubierto por UnitedHealthcare Community Plan. Muéstreles su tarjeta de identificación de miembro. También usted puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413** para obtener ayuda. No es necesario que usted envíe una reclamación para que nosotros paguemos sus servicios cubiertos y aprobados.

Es posible que a usted se le solicite que pague los servicios que no están cubiertos por los planes Medicaid, Child Health Plus, Managed Long Term Care o Medicaid Advantage de UHCCP. A usted no se le puede cobrar por dichos servicios a menos que usted haya aceptado a pagar antes de que se le brinde la atención.

Es posible que usted reciba lo que se llama una “factura sorpresa” o inesperada. Lo que usted necesita saber acerca de las facturas “sorpresa” es lo siguiente:

52 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

¿Qué es una factura inesperada?

Esta es una factura que usted recibe por servicios de un proveedor que está por fuera de la red cuando:

1. El proveedor por fuera de la red le brindó atención en un hospital o centro quirúrgico de la red y:
 - Un doctor de la red no estaba disponible en ese momento; o
 - Un proveedor por fuera de la red le brindó atención sin su conocimiento.
2. Un proveedor de la red lo refiere a un proveedor por fuera de la red sin su consentimiento por escrito. Si el servicio no necesitaba de una referencia, una factura sorpresa puede ocurrir solo en ciertos casos. Aquí hay dos ejemplos: Durante su visita al consultorio, un doctor de la red requiere la presencia de un proveedor fuera de la red. O el doctor envía su análisis de sangre a un laboratorio por fuera de la red sin tener su consentimiento por escrito.

Una factura inesperada no será una “factura sorpresa” cuando usted elige recibir servicios de un proveedor por fuera de la red.

¿Quién es un proveedor por fuera de la red?

Un proveedor por fuera de la red es un doctor, un proveedor o un centro de atención médica que no forma parte de la red de UHCCP.

¿Qué sucede cuando usted utiliza a un proveedor por fuera de la red sin aprobación?

No hay beneficios por fuera de la red, excepto en algunos casos. Consulte su manual para miembros para conocer las ocasiones en las que usted puede acudir a un proveedor por fuera de la red. Un centro de atención médica debe informarle si un proveedor fuera de la red estará involucrado en sus cuidados médicos. Si a usted no se le informa, usted no será responsable del pago. Una factura inesperada no será una “factura sorpresa” cuando usted elige recibir servicios de un proveedor por fuera de la red. Asegúrese de leer todos los acuerdos que obtenga acerca de la atención o la facturación de un proveedor por fuera de la red.

Si voy a un hospital de la red, ¿todos los proveedores estarán dentro de la red?

Quizás. Es posible que algunos especialistas, como los doctores de urgencias o los radiólogos, no estén en su red. Si usted obtiene una radiografía en un hospital de la red, es posible que el doctor que la intérprete no esté en la red. Usted no tiene que pagar por estos servicios. Nosotros resolveremos el pago con estos proveedores. Llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación si recibe una factura.

¿Cómo me aseguro de recibir atención médica de un proveedor de la red?

Pregunte si todos los servicios que usted recibe son de proveedores de la red. Si no es así, pregunte si hemos aprobado los servicios. Verifique que cualquier proveedor nuevo se encuentre en la red de UHCCP.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY 711 53
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Para encontrar a un proveedor de la red:

- Inicie sesión en <http://www.uhc.com/find-a-physician>
- Seleccione “Buscar un doctor o institución” (Find a physician or facility); o
- Llámenos al número de teléfono que se anota en la tarjeta de identificación de su plan. Tendremos mucho gusto en ayudarle.

¿Qué pasa si tengo una emergencia?

Acuda a la sala de emergencias más cercana para recibir atención médica.

¿Cuánto tengo que pagar por las facturas inesperadas y de emergencia?

Usted no tiene que pagar por una factura inesperada. Usted no tiene que pagar el costo de los servicios de emergencia.

¿Qué debo hacer si recibo una factura sorpresa o una factura por servicios de emergencia?

Si recibe una factura sorpresa o una factura por servicios de emergencia, no la pague. Llame al número de su plan anotado en su tarjeta de identificación.

¿Qué pasa si el proveedor no está de acuerdo con la cantidad pagada?

El proveedor debe trabajar con nosotros para liquidar la factura. Ellos pueden solicitar una revisión. Esto se hace mediante la Resolución Independiente de Disputas (IDR) de New York. El doctor puede pedirle a usted que complete un formulario de asignación de beneficios (AOB) para el IDR. Ni este formulario AOB ni ningún otro formulario para el proceso de IDR se aplica a Child Health Plus (CHP) o Medicaid. En estos casos, el plan de salud llegará a un acuerdo con el proveedor.

¿Qué es el proceso de Resolución de disputas independiente?

El estado de New York elige una entidad de Resolución de disputas independiente (IDRE) para revisar las reclamaciones en disputa. El IDRE obtiene información del proveedor y UHCCP. El IDRE determinará una tarifa por los servicios. El IDRE aceptará nuestro pago o el cargo del proveedor. Es posible que el plan de salud deba pagar algo. Pero no se le adeudará a usted por ningún pago.

Si tiene preguntas, llame al número de miembro que se anota en su tarjeta de identificación del plan.

Administración de la Utilización

UnitedHealthcare Community Plan no quiere que usted reciba menos atención médica o atención que usted no requiere. Nosotros también debemos asegurarnos que el cuidado médico que reciba sea un beneficio cubierto. El proceso para hacer esto se llama administración de utilización (UM). Nosotros no compensamos a los proveedores o al personal por negar la cobertura. No damos incentivos para las decisiones de UM.

También hay algunos servicios que debemos revisar antes que usted pueda obtenerlos. Sus proveedores saben cuáles son. Ellos se encargan de hacernos saber para que nosotros los revisemos. La revisión que hacemos se llama revisión de utilización. Solamente doctores y farmacéuticos hacen una UM. Nosotros no compensamos a nadie por decir no a la atención médica necesaria. Si usted tiene preguntas acerca de la administración de la utilización, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**. Hay ayuda disponible con el idioma.

Autorización de servicios y acciones

Autorización previa

Existen algunos tratamientos y servicios que necesitan aprobación antes de su realización o para que pueda continuar recibiéndolos. Esto se conoce como **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza puede pedirla. Su proveedor de atención médica puede solicitarla en su nombre. Los siguientes tratamientos y servicios deben estar autorizados antes de realizarlos:

- Admisiones a los centros de pacientes hospitalizados (por ejemplo: hospitales, excepto maternidad y servicios para trastornos por el uso de sustancias para pacientes hospitalizados)
- Servicios de atención médica domiciliaria
- Servicios de cuidados personales
- Equipos médicos duraderos (DME) superiores a \$500
- Sillas de ruedas motorizadas sin importar su costo
- Solicitudes para oxígeno topical
- Aparatos prostéticos y ortóticos por más de \$500
- Cirugía cosmética y reconstructiva
- Evaluaciones y cirugía de bypass gástrico
- Servicios de instituciones para enfermos terminales, pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Servicios de radiología avanzados, incluso exámenes de MRI, MRA y PET
- Servicios dentales accidentales

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711** 55
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- Servicios de atención médica investigativa o experimental
- Servicios fuera de la red o fuera del estado
- Solicitudes para emplear a un proveedor que no sea participante
- Lista de espera y evaluaciones para trasplantes
- Tratamientos para la disfunción de la erección, terapias para drogas, equipos médicos y/o cirugías
- Sustancias médicas inyectables incluyendo a IVIG, Botox, Acthar HP y Makena
- Servicio de enfermeras privado en casos de pacientes ambulantes
- Estudios del sueño para miembros de más 6 años de edad, ya sean pacientes ambulantes u hospitalizados
- Terapia hormonal para el intercambio de sexo
- Cirugía para el cambio de sexo
- Terapia Transicional Posterior al cambio de sexo

Solicitar aprobación para un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización** de servicios. Para obtener aprobación para estos tratamientos o servicios, su médico o proveedor de atención médica debe llamar al Departamento de Autorizaciones Previas de UnitedHealthcare al 1-866-604-3267, o su médico o proveedor de atención médica puede enviar una solicitud por escrito o fax al 1-866-950-4490. Las solicitudes por escrito extendidas por su médico o proveedor de atención médica se pueden enviar a:

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

También necesitará autorización previa si desea recibir uno de estos servicios ahora, pero necesita continuar o recibir más atención. Incluye una solicitud para atención médica a domicilio mientras se encuentra en el hospital o después de haberlo abandonado. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Qué sucede después de obtener la solicitud de autorización de servicio

El plan de salud tiene un equipo de revisión, a fin de garantizarle que reciba los servicios que nosotros les prometemos. Verificamos que el servicio que solicita esté cubierto por su plan de salud. Los médicos y las enfermeras forman parte del equipo de revisión. Su trabajo es garantizarle que el tratamiento o servicio solicitado sea médicamente necesario y adecuado para usted. Lo llevan a cabo verificando su plan de tratamiento con las normas aceptables desde el punto de vista médico.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto menor al solicitado. Un profesional de atención médica cualificado debe tomar estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión estará a cargo de un compañero revisor clínico, que puede ser un médico o un profesional de atención médica quien generalmente provee la atención solicitada. Usted puede solicitar las normas médicas específicas, denominadas **criterios de revisión clínica**, utilizadas para tomar decisiones sobre las medidas relacionadas con la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos bajo un proceso **estándar** o **de registro rápido**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión de registro rápido si se considera que un retraso podría causar serios daños a su salud. Si su solicitud para una revisión de registro rápido fue denegada, se lo notificaremos y su caso será tratado bajo el proceso de revisión estándar.

Realizaremos un seguimiento rápido de su revisión si:

- Un retraso arriesgará seriamente su salud, vida o capacidad para funcionar
- Su proveedor dice que la revisión debe ser más rápida
- Está solicitando más de un servicio que está recibiendo en este momento

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido como lo requiera su afección médica, pero a más tardar en lo mencionado a continuación.

Le avisaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud es aprobada o denegada. También le diremos la razón de la decisión. Le explicaremos qué opciones de apelaciones o audiencias imparciales tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Consulte también las secciones **Apelaciones del plan** y **Audiencias imparciales** más adelante en este manual.)

Plazos para solicitudes de autorización previa:

Revisión estándar: Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los 3 días hábiles posteriores al recibimiento de toda la información necesaria y nos comunicaremos con usted, a más tardar, a los 14 días desde el recibimiento de su solicitud. Le avisaremos el decimocuarto día a más tardar si necesitamos más información.

Revisión de registro rápido: Tomaremos una decisión y nos comunicaremos con usted en un plazo de 72 horas. Le avisaremos dentro de 72 horas a más tardar si necesitamos más información.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Plazos para solicitudes de revisión concurrente:

Revisión estándar: Tomaremos una decisión dentro del día hábil posterior al recibimiento de toda la información necesaria y nos comunicaremos con usted a más tardar a los 14 días de recibida su solicitud. Le avisaremos el decimocuarto día a más tardar si necesitamos más información.

Revisión de registro rápido: Tomaremos una decisión dentro del día hábil del recibimiento de toda la información necesaria. Recibirá noticias nuestras a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud. Le informaremos dentro de 1 día hábil si necesitamos más información.

Plazos especiales para otras solicitudes:

- Si está en el hospital o acaba de salir del hospital y solicita atención médica a domicilio, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas de su solicitud
- Si está recibiendo tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados y solicita más servicios al menos 24 horas antes de ser dado de alta, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a su solicitud
- Si solicita servicios de salud mental o trastorno por uso de sustancias que pueden estar relacionados con una comparecencia ante el tribunal, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas de su solicitud
- Si solicita un medicamento recetado para pacientes ambulatorios, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas de su solicitud
- Un protocolo de terapia escalonada significa que le exigimos que pruebe otro medicamento primero, antes de aprobar el medicamento que está solicitando. Si solicita aprobación para anular un protocolo de terapia escalonada, tomaremos una decisión con 24 horas para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para otros medicamentos, tomaremos una decisión dentro de los 14 días de su solicitud.

En todos los casos, tendrá noticias nuestras a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud. Le informaremos en un plazo de 72 horas si necesitamos más información.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o de registro rápido sobre su solicitud de servicio:

- Le avisaremos por escrito sobre qué información es necesaria. Si su solicitud está en una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación escrita después.
- Le explicaremos por qué el retraso es para su bien
- Tomaremos una decisión a más tardar en los 14 días posteriores al día en que solicitamos más información

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también puede pedir que nos tomemos más tiempo para tomar la decisión. Puede ser porque tiene más información para entregarle al plan que podría ayudar a decidir su caso. Esto se puede realizar llamando al **1-866-433-3413**, TTY **711**, o por fax al 1-800-771-7507. Las solicitudes por escrito extendidas por su médico o proveedor de atención médica se pueden enviar a:

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

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

Le notificaremos nuestra decisión para la fecha en que caduque el tiempo de revisión. Si, por algún motivo, no recibe noticias nuestras para esa fecha, esto significa lo mismo que denegar su solicitud de autorización de servicio. Si no respondemos a una solicitud para anular un protocolo de terapia escalonada a tiempo, su solicitud será aprobada.

Si considera que nuestra decisión de denegar su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, tiene derecho a presentar una Apelación del plan con nosotros. Consulte la sección de **Apelación del plan** más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención médica

A veces, realizamos una revisión recurrente en la atención médica que recibe para ver si todavía necesita la atención. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le informaremos si tomamos estas decisiones.

Plazos para otras decisiones sobre su atención:

En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio ya aprobado y que recibe actualmente, debemos notificárselo, por lo menos, 10 días antes del cambio de servicio.

Nosotros debemos informarle por lo menos 10 días antes de que tomemos cualquier decisión acerca de los servicios a largo plazo y de ayuda, tales como cuidados de salud en el hogar, cuidados de salud personales, CDPAS y cuidados de salud para adultos durante el día y cuidados en casas de reposo.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si controlamos una atención que se realizó en el pasado, tomaremos la decisión de pago dentro de los 30 días del recibimiento de la información para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago para un servicio, le enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día que se deniegue el pago. Estas notificaciones no son facturas. **No tendrá que pagar por ninguna atención médica recibida cubierta por el plan o por Medicaid, incluso si luego denegamos el pago al proveedor.**

También puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network – ICAN) para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre sus opciones de cobertura, quejas y apelaciones. Pueden ayudarlo a administrar el proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión: TTY 711)

Web: www.icannys.org

Correo electrónico: ican@cssny.org

Cómo pagamos a nuestros proveedores

Tiene el derecho de preguntar si tenemos algún acuerdo financiero especial con nuestros médicos que podría afectar el uso de sus servicios de atención médica. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** si tiene inquietudes específicas. También queremos informarle que a la mayoría de nuestros proveedores se les paga en una o más de las siguientes maneras:

- Si nuestros PCP trabajan en una clínica o centro de salud, probablemente perciban un **sueldo**. La cantidad de pacientes que ven no afecta esta situación.
- Nuestros PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden recibir un cargo fijo todos los meses por cada paciente por lo cual sea su PCP. El cargo establece lo mismo si el paciente necesita una o varias visitas, o incluso ninguna. Este se denomina **capitación**.
- A veces los proveedores tienen un precio fijado para cada una de las personas en su lista de pacientes, pero parte de ese dinero (a veces hasta el 10%) puede retenerse para formar un **fondo de estímulo**. Al final del año, este fondo es empleado para usarse como una recompensa para los PCPs que han logrado llegar al estándar de paga extra, fijado por el plan.
- También se les podrá pagar a los proveedores por **cargo por servicio**. Esto significa que reciben un cargo en concordancia con el plan por cada servicio que proveen.

Usted puede ayudar con las políticas del plan

Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a elaborar políticas que sirvan mejor a nuestros miembros. Si tiene ideas, comuníquenoslas. Quizá le gustaría trabajar con uno de nuestros comités o juntas de asesoramiento para miembros. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** para saber cómo puede ayudar.

Información de Servicios para Miembros

Esta es la información que puede obtener si llama a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

- Una lista de nombres, direcciones y títulos de la junta de directores, directivos, partes dirigentes, propietarios y socios de UnitedHealthcare Community Plan
- Una copia de los estados contables/balances más recientes, resúmenes de ganancia y gastos
- Una copia del contrato de suscriptor de pago directo individual más reciente
- Información del Departamento de Servicios Financieros acerca de quejas de los consumidores sobre UnitedHealthcare
- Cómo se mantienen sus registros médicos e información de miembros de forma confidencial
- Por escrito, se le informará cómo UnitedHealthcare controla la calidad de la atención hacia nuestros miembros
- Le informaremos los hospitales con los que trabajan nuestros proveedores de salud
- Si lo pide por escrito, le informaremos sobre las pautas que utilizamos para revisar las afecciones o enfermedades cubiertas por UnitedHealthcare Community Plan
- Si lo pide por escrito, le informaremos sobre la preparación requerida y cómo los proveedores de atención médica pueden aplicar para formar parte de UnitedHealthcare Community Plan
- Si lo pregunta, le informaremos si: 1) nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivo médico que afecten el uso de los servicios de remisión, y en tal caso 2) información sobre el tipo de acuerdos de incentivos utilizados; y 3) si se provee la protección de compensación para médicos y grupos de médicos.
- Información sobre cómo está organizada y cómo trabaja la empresa

Manténganos informados

Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711** si suceden estos cambios en su vida:

- Cambia su nombre, dirección o número de teléfono
- Sufre un cambio en la elegibilidad de Medicaid
- Está embarazada
- Da a luz
- Existiera un cambio en el seguro suyo
- Se inscribe en un nuevo programa de administración de caso u obtiene servicios de administración de caso de otra organización basada en la comunidad

Si usted ya no recibe Medicaid, pregunte en su Departamento de Servicios Sociales local (Department of Social Services). Usted **posiblemente** puede afiliarse en otro programa.

Cancelación de inscripción y transferencias

1. Cuando usted quiere abandonar el plan de salud

Puede probar el servicio durante 90 días. Puede abandonar UnitedHealthcare Community Plan y afiliarse a otro plan de salud en cualquier momento durante ese tiempo. Si no abandona en los primeros 90 días, sin embargo, debe permanecer en UnitedHealthcare Community Plan durante nueve meses más, **a menos que** tenga una buena razón “causa justa.”

Algunos ejemplos de “causa justa” son:

- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del estado de New York y, en consecuencia, nuestros miembros resultan perjudicados
- Se muda fuera del área de servicio
- Usted, el plan y el Departamento Local de Servicios Sociales coinciden en que la cancelación de la inscripción es lo mejor para usted
- Está o se vuelve exento o excluido de atención médica administrada
- No ofrecemos un servicio de atención médica administrada de Medicaid que pueda obtener de otro plan de salud en su área
- Necesita un servicio relacionado con un beneficio que decidimos no cubrir y obtener el servicio en forma separada pondría en riesgo su salud
- No hemos podido proporcionar los servicios según lo estipulado en nuestro contrato con el Estado

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Para cambiar los planes:

- Comuníquese con el personal de administración de cuidados de su Departamento de Servicios Sociales local
- Comuníquese con New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678. Los consejeros de New York Medicaid Choice pueden ayudarle a cambiar de planes de salud.

Es posible que pueda transferirse entre diferentes planes por teléfono. Si usted tiene que tener cuidados administrados, tendrá que escoger otro plan.

El proceso puede llevar entre dos y seis semanas, según cuándo se reciba su solicitud. Se le informará que el cambio se llevará a cabo para determinada fecha. UnitedHealthcare Community Plan le brindará la atención que necesite hasta entonces.

Puede solicitar una acción más rápida si piensa que el proceso regular le causará más daños a su salud. Usted también puede solicitar una acción más rápida si su queja se debe a que no está de acuerdo con la inscripción. Solo necesita llamar a su Departamento de Servicios Sociales local o a New York Medicaid Choice.

2. Podría no ser ya elegible para la atención médica administrada y planes de salud y recuperación de Medicaid

Usted debería abandonar UnitedHealthcare Community Plan si usted:

- Se muda fuera del condado o área de servicio,
- Se cambia a otro plan de atención médica administrada,
- Se afilia a HMO u otro plan de seguros a través del trabajo,
- Son encarcelados, o
- Pierden la elegibilidad de otra manera.

Si usted tiene que abandonar a UnitedHealthcare Community Plan o ya no es elegible para Medicaid, se pueden interrumpir súbitamente, incluyendo cualquier servicio que estuviera recibiendo en su hogar. Si esto sucede, llame de inmediato a New York Medicaid Choice al **1-800-505-5678**.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

3. Podemos solicitarle que abandone UnitedHealthcare Community Plan

También puede perder su membresía de UnitedHealthcare Community Plan si con frecuencia:

- Se niega a trabajar con su PCP en relación a su atención médica
- No cumple con las citas
- Asiste a la sala de emergencia para una atención que no es de emergencia
- No sigue las reglas de UnitedHealthcare Community Plan
- No completa los formularios en forma honesta o no provee la información verdadera (comete fraude)
- Actúa de manera tal que nos impide realizar lo mejor para usted y otros miembros, incluso después de intentar solucionar los problemas

Usted también puede perder su membresía en UnitedHealthcare Community Plan si comete abuso o causa daño a miembros, proveedores o personal del plan.

4. Sin importar cuál es la razón para que usted se dé de baja, nosotros prepararemos un plan de renuncia para ayudarle a que obtenga los servicios que necesita.

Apelaciones del plan

Existen algunos tratamientos y servicios que necesitan aprobación antes de su realización o para que pueda continuar recibéndolos. Esto se conoce como **autorización previa**. Solicitar aprobación para un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicios**. Este proceso se describe anteriormente en este manual. El aviso de nuestra decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto menor al solicitado se denomina **Determinación adversa inicial**.

Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su atención, hay pasos que puede seguir.

Su proveedor puede pedir reconsideración

Si tomamos la decisión de que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria, o era experimental o investigativa, y no hablamos con su médico, éste puede pedir hablar con el Director Médico del plan. El Director Médico hablará con su médico en un plazo de un día hábil.

Puede presentar una Apelación del plan

Si cree que nuestra decisión sobre su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, puede solicitarnos que revisemos su caso nuevamente. Esto se llama una Apelación del plan.

- Tiene **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de determinación adversa inicial para solicitar una Apelación del plan
- Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**, si necesita ayuda para solicitar una Apelación del plan o para seguir los pasos del proceso de apelación. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial, como una discapacidad auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción.
- Puede solicitar una Apelación del plan, o puede pedirle a otra persona, como un familiar, amigo, médico o abogado, que lo solicite. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que desea que esa persona lo represente.
- No lo trataremos de manera diferente ni actuaremos mal hacia usted porque solicita una Apelación del plan

Puede llamar o escribir para solicitar una Apelación del plan. Cuando solicite una Apelación del plan, o poco después, deberá proporcionarnos:

- Su nombre y dirección
- Número de inscripto
- Servicio que solicitó y motivo(s) para apelar
- Cualquier información que desee que revisemos, como registros médicos, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el servicio
- Cualquier información específica que dijimos que necesitábamos en el Aviso de Determinación adversa inicial
- Para ayudarlo a prepararse para su Apelación del plan, puede solicitar ver las pautas, los registros médicos y otros documentos que utilizamos para hacer la Determinación adversa inicial. Si su Apelación del plan se acelera, puede haber un corto tiempo para brindarnos la información que desea que revisemos. Puede solicitar ver estos documentos o solicitar una copia gratuita llamando al **1-866-433-3413**.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Proporciónenos su información y materiales por teléfono, correo postal,

Teléfono: 1-866-433-3413

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

Si solicita una Apelación del plan por teléfono, a menos que se realice un seguimiento rápido, también debe enviarnos su Apelación del plan por escrito.

Si solicita un servicio o proveedor fuera de la red:

- Si dijimos que el servicio que solicitó no es muy diferente de un servicio disponible de un proveedor participante, puede solicitarnos que verifiquemos si este servicio es médicamente necesario para usted. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su Apelación del plan:
 1. Una declaración por escrito de su médico de que el servicio fuera de la red es muy diferente del servicio que el plan puede proporcionar de un proveedor participante. Su médico debe ser un especialista certificado o elegible por la junta que trata a las personas que necesitan el servicio que está solicitando.
 2. Dos documentos médicos o científicos que prueben que el servicio que solicita es más útil para usted y no le causará más daño que el servicio que el plan puede proporcionar de un proveedor participante.
- Si cree que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación o experiencia correctas para brindar un servicio, puede solicitarnos que verifiquemos si es médicamente necesario que lo remitan a un proveedor fuera de la red. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación:
 1. Una declaración por escrito que diga que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades, y
 2. Que recomienda un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia correctas que pueda proporcionar el servicio.

Su médico debe ser un especialista certificado o elegible por la junta que trata a las personas que necesitan el servicio que está solicitando. Si su médico no envía esta información, aún revisaremos su Apelación del plan. Sin embargo, es posible que no sea elegible para una Apelación externa. Consulte la sección de **Apelaciones externas** más adelante en este manual.

Su Apelación del plan se revisará bajo el proceso de registro rápido si:

- Usted o su médico solicitan que la Apelación del plan se revise bajo el proceso de registro rápido. Su médico tendría que explicar de qué manera un retraso causaría daños a su salud. Si su solicitud de registro rápido fue denegada, se lo notificaremos y su apelación se revisará bajo el proceso estándar; o
- Su solicitud fue denegada cuando pidió continuar recibiendo la atención que recibe ahora o necesita extender un servicio proporcionado; o
- Si su solicitud fue negada cuando usted pidió por cuidados de salud domiciliario después de haber estado hospitalizado; o
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes de que saliera del hospital.

Las apelaciones del plan de registro rápido se pueden realizar por teléfono, y no es necesario un seguimiento por escrito.

Qué sucede después de recibir su Apelación del plan

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su Apelación del plan
- Le enviaremos una copia gratuita de los registros médicos y cualquier otra información que usaremos para tomar la decisión de la apelación. Si su Apelación del plan se realiza rápidamente, puede haber un breve tiempo para revisar esta información.
- También puede proporcionar información que se utilizará para tomar la decisión en persona o por escrito. Llame a UnitedHealthcare al **1-866-433-3413**, TTY **711** si no está seguro de qué información brindarnos.
- Las apelaciones del plan de asuntos clínicos serán decididas por profesionales de la atención médica cualificados que no tomaron la primera decisión, y al menos uno de ellos será un compañero revisor clínico
- Las decisiones no clínicas serán manejadas por personas que trabajan en un nivel más alto que las personas que trabajaron en su primera decisión
- Le enviaremos una copia gratuita de los registros médicos y cualquier otra información que usaremos para tomar la decisión de la apelación. Si su Apelación del plan se realiza rápidamente, puede haber un breve tiempo para revisar esta información.
- También puede proporcionar información en persona o por escrito que se utilizará para tomar la decisión. Llame **1-866-433-3413**, TTY **711** si no está seguro de qué información brindar.
- Se le darán las razones de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. La notificación de la decisión de la Apelación del plan de denegar su solicitud o aprobarla por un monto menor al solicitado se denomina **Determinación adversa final**.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- **Si cree que nuestra determinación adversa final es incorrecta:**

1. Puede solicitar una Audiencia imparcial. Consulte la sección **Audiencias imparciales** de este manual.
2. Para algunas decisiones, puede solicitar una Apelación externa. Consulte la sección de **Apelaciones externas** de este manual.
3. Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York en OHIP DHPKO 1CP-1609 New York Department of Health, Albany, NY 12237, 1-800-206-8125.

Plazos para las apelaciones del plan:

- **Apelaciones del plan estándar:** Si tenemos toda la información necesaria, le informaremos sobre nuestra decisión **dentro de treinta días calendario** desde que solicitó su Apelación del plan.
- **Apelaciones de registro rápido:** Si tenemos toda la información necesaria, las decisiones de Apelaciones del plan aceleradas se tomarán dentro de los 2 días hábiles de su Apelación del plan, pero no más de 72 horas desde que solicitó su Apelación del plan.
 1. Le informaremos dentro de 72 horas si necesitamos más información.
 2. Si su solicitud fue negada cuando usted solicitó continuar con el tratamiento para el uso de sustancias por lo menos 24 horas antes de que fuera dado de alta del hospital donde se encontraba, nosotros tomaremos una decisión acerca de su apelación dentro de las siguientes 24 horas.
 3. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y también le enviaremos una notificación por escrito después.

La Apelación del plan se revisará en el proceso de registro rápido si:

- Usted o su médico solicitan que se revise su Apelación del plan bajo el proceso de registro rápido. Su médico tendría que explicar cómo una demora causará daños a su salud. Si su solicitud de registro rápido es denegada, le informaremos y su Apelación del plan será revisada bajo el proceso estándar; o
- Su solicitud fue denegada cuando solicitó continuar recibiendo la atención que está recibiendo ahora o necesita extender un servicio que se le ha brindado; o
- Su solicitud fue denegada cuando solicitó atención médica en el hogar después de estar en el hospital; o
- Su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento para el trastorno por uso de sustancias para pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes de que saliera del hospital.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o de registro rápido sobre su Apelación del plan:

- Le avisaremos por escrito sobre qué información es necesaria. Si su solicitud está en una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación escrita después.
- Le explicaremos por qué el retraso es para su bien
- Tomaremos una decisión a más tardar en los 14 días posteriores al día en que solicitamos más información

Usted o su representante también pueden pedir que nos tomemos más tiempo para tomar la decisión. Puede ser porque tiene más información para entregarle al plan que podría ayudar a decidir su caso. Esto se puede realizar llamando al número gratuito **1-866-433-3413**, TTY **711** o por escrito.

Envíe las solicitudes por escrito a:

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

Usted o su representante pueden presentar una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su Apelación del plan. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar esta queja acerca del plazo para la revisión con el Departamento de Salud del estado de New York al 1-800-206-8125.

Si no recibe una respuesta a su Apelación del plan o no decidimos a tiempo, incluidas las extensiones, puede solicitar una Audiencia imparcial. Consulte la sección **Audiencias imparciales** de este manual.

Si no decidimos su Apelación del plan a tiempo, y le informamos que el servicio que solicita es:

- No era médicamente necesario
- Era experimental o investigativo
- No era diferente del servicio disponible en nuestra red
- Se encontraba disponible de parte de un proveedor del plan quien tiene el entrenamiento y la experiencia para llenar sus necesidades

La denegación original del servicio será revocada. Esto significa que se aprobará la solicitud de autorización del servicio.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Ayuda para continuar mientras se apela una decisión sobre su atención

Si decidimos reducir, suspender o suspender los servicios que está recibiendo ahora, es posible que pueda continuar los servicios mientras espera que se decida su Apelación del plan. **Debe solicitar su Apelación del plan:**

- En un plazo de **diez días** después de saber que la atención está cambiando; o
- Antes de la fecha en que está programado el cambio de servicios, lo que sea más tarde.

Si su Apelación del plan resulta en otra denegación, es posible que deba pagar el costo de los beneficios continuos que recibió.

Apelaciones externas

Tiene otros derechos de apelación si dijimos que el servicio que solicita:

- No es médicamente necesario;
- Es experimental o investigativo;
- No es diferente que la atención que puede obtener en la red del plan;
- Se encuentra disponible de parte de un proveedor participante quien tiene el entrenamiento y la experiencia adecuados para llenar sus necesidades.

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

Antes de solicitar una Apelación externa:

- Debe presentar una Apelación del plan y obtener la Determinación adversa final del plan; o
- Si no recibió el servicio y solicita una Apelación del plan de registro acelerado, puede solicitar una Apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su médico tendrá que determinar si una Apelación externa acelerada es necesaria; o
- Usted y el plan pueden acordar saltar el proceso de apelaciones del plan y pasar directamente a la Apelación externa; o
- Puede probar que el plan no siguió las reglas correctamente al procesar su Apelación del plan.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Tiene 4 meses después de recibir la Determinación adversa definitiva del plan para solicitar una Apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de Apelación del plan, debe solicitar la Apelación externa en un plazo de 4 meses desde que se llegó al acuerdo.

Para pedir una Apelación externa, rellene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**, si necesita ayuda para presentar la apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico. La solicitud de Apelación externa explica qué información se necesita.

Estas son algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882
- Ingrese al sitio web del Departamento de Servicios Sociales en www.dfs.ny.gov
- Comuníquese con el plan de salud al **1-866-433-3413**, TTY **711**

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

Usted puede obtener una decisión más rápida:

- Si su médico dice que un retraso podría causar daños graves a su salud; o
- Si se encuentra en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y el plan niega la atención hospitalaria.

Esto se denomina **Apelación externa acelerada**. El revisor de Apelaciones externas decidirá una Apelación acelerada en 72 horas o menos.

Si usted solicita el tratamiento para los desórdenes por el uso de sustancias por lo menos 24 horas antes de que salga usted del hospital, nosotros continuaremos pagando por su estadía si:

- Usted solicita una Apelación del plan acelerada dentro de 24 horas, y
- Usted solicita una Apelación externa acelerada al mismo tiempo.

Nosotros continuaremos pagando por su estadía hasta que se tome una decisión acerca de sus apelaciones. Tomaremos la decisión acerca de su Apelación del plan acelerada en 24 horas. La decisión acerca de la Apelación externa acelerada se tomará en 72 horas.

El revisor de Apelación externa le informará a usted y al plan la decisión de inmediato por teléfono o por fax. Luego, se le enviará una carta con la información sobre la decisión.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si solicita una Apelación del plan y recibe una Determinación adversa final que niega, reduce, suspende o detiene su servicio, puede solicitar una Audiencia imparcial. Puede solicitar una Audiencia imparcial o una Apelación externa, o ambas. Si solicita una Audiencia imparcial y una Apelación externa, la decisión del funcionario de Audiencias imparciales será la que cuente.

Audiencias imparciales

Usted puede pedir una Audiencia imparcial del estado de New York:

- No está satisfecho con una decisión que tomó su Departamento de Servicios Sociales local o el Departamento de Salud del Estado sobre su permanencia o abandono de UnitedHealthcare Community Plan
- No está satisfecho con la decisión que tomamos de restringir sus servicios. Siente que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Tiene 60 días calendario a partir de la fecha de la Notificación de intención de restringir para solicitar una Audiencia imparcial. Si solicita una Audiencia imparcial dentro de los 10 días de la Notificación de intención de restringir, o en la fecha de vigencia de la restricción, lo que ocurra más tarde, puede continuar recibiendo sus servicios hasta la decisión de la Audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde su Audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.
- No está satisfecho con la decisión de que su médico no ordenaría los servicios que desea. Siente que la decisión del médico detiene o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja ante UnitedHealthcare Community Plan. Si UnitedHealthcare Community Plan está de acuerdo con su médico, puede solicitar una Apelación del plan. Si recibe una Determinación adversa final, tendrá 120 días calendario a partir de la fecha de la Determinación adversa final para solicitar una Audiencia imparcial estatal.
- No está satisfecho con una decisión que tomamos sobre su atención. Siente que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. No está contento que decidimos:
 1. Reducir, suspender o detener la atención que estaba recibiendo; o
 2. Negar la atención que deseaba;
 3. Negar el pago por la atención que recibió; o
 4. No le permitió disputar un monto de copago, otro monto que adeuda o el pago que realizó por su atención médica.

Primero debe solicitar una Apelación del plan y recibir una Determinación adversa final. Tendrá 120 días calendario a partir de la fecha de la Determinación adversa final para solicitar una Audiencia imparcial.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Si solicitó una Apelación del plan y recibe una Determinación adversa final que reduce, suspende o detiene la atención que recibe ahora, puede continuar recibiendo los servicios que su médico ordenó mientras espera que se decida su Audiencia imparcial. Debe solicitar una Audiencia imparcial dentro de los 10 días a partir de la fecha de la Determinación adversa final o en el momento en que la acción surta efecto, lo que ocurra más tarde. Sin embargo, si elige solicitar la continuación de los servicios y pierde su Audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba una decisión.

- Solicitó una Apelación del plan y el tiempo para que nosotros decidamos que su Apelación del plan ha expirado, incluidas las extensiones. Si no recibe una respuesta a su Apelación del plan o no lo decidimos a tiempo, puede solicitar una Audiencia imparcial.

La decisión que reciba del oficial de Audiencia imparcial será definitiva.

Si usted recibe una factura por servicios para los cuidados de salud, puede contactar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**, para recibir asistencia y la confirmación a su derecho para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado, si está en desacuerdo con la determinación de negar el pago por un servicio para los cuidados de la salud. UnitedHealthcare Community Plan continuará asegurando que hay una pronta respuesta a usted o a la persona que usted haya designado cuando se haga una petición para examinar el expediente de su caso (el expediente de su caso contiene la información relacionada a un servicio específicamente solicitado, así como la revisión que UnitedHealthcare Community Plan ha realizado en el proceso para llegar a una determinación). UnitedHealthcare Community Plan se adhiere a los requerimientos de privacidad y, tal como se estipula por la ley o por las regulaciones correspondientes, debe obtener una autorización apropiada antes de divulgar información acerca de salud que se encuentra protegida y que puede estar incluida en su expediente.

Debe presentar una queja a UnitedHealthcare Community Plan. Si UnitedHealthcare Community Plan está de acuerdo con su doctor, puede solicitar una Audiencia imparcial del estado. La decisión que reciba del director de Audiencias imparciales será definitiva.

Puede usar una de las siguientes maneras para solicitar una Audiencia imparcial:

1. Por teléfono: comuníquese en forma gratuita al 1-800-342-3334
2. Por fax: 1-518-473-6735
3. Por Internet: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
4. Por correo:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Cuando usted solicita una Audiencia imparcial acerca de la decisión que UnitedHealthcare Community Plan tomó, nosotros debemos enviarle una copia del **paquete de datos de evidencia**. Esta es la información que nosotros empleamos para tomar la decisión acerca de sus cuidados. El plan entregará esta información al oficial de la audiencia para explicar nuestra acción. Si no tenemos el tiempo necesario para enviarle una copia por correo, llevaremos con nosotros copia del paquete de datos de evidencia a la audiencia para usted. Si usted no recibe el paquete de datos de evidencia una semana antes de la audiencia, puede llamar al **1-866-433-3413**, TTY **711**, para preguntar acerca del envío.

Recuerde, puede presentar una queja al Departamento de Salud del estado de New York en cualquier momento si llama al 1-800-206-8125.

También puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network – ICAN) para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Pueden ayudarlo a administrar el proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión: TTY 711)

Web: www.icannys.org

Correo electrónico: ican@cssny.org

Proceso de queja

Quejas

Esperamos que nuestro plan lo satisfaga. Si tiene un problema, hable con su PCP o llame o escriba a Servicios para Miembros. La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Si tiene un problema o disputa con su atención o servicios, puede presentar una queja al plan. Los problemas que no se resuelven de inmediato por teléfono y toda queja que llegue por correo se tratarán según el procedimiento de queja descrito a continuación.

Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**, si necesita ayuda para presentar una queja o seguir los pasos del proceso de queja. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial, como una discapacidad auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción.

No complicaremos las cosas ni tomaremos una acción en contra de usted por presentar una queja.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del estado de New York sobre su queja al 1-800-206-8125 o escribir a:

Complaint Unit, Bureau of Consumer Services
OHIP DHPCO 1CP-1609
New York State Department of Health
Albany, New York 12237

Puede llamar también al Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York al 1-800-342-3736 si su queja implica un problema de facturación.

Cómo presentar una queja a nuestro plan

Usted puede presentar una queja o puede hacer que otra persona, como un familiar, amigo, médico o abogado, presente la queja por usted. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que desea que esa persona lo represente.

Para presentar su queja por teléfono, llame sin cobrar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**, 24 horas al día, 7 días a la semana. Le dejaremos saber si es necesario que tomemos más tiempo para llegar a una decisión.

Usted puede escribirnos con su queja o llamar al número de Servicios para Miembros y pedir un formulario de queja. Debe ser enviado a:

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

Qué sucede después

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

- Quién está trabajando en su queja,
- Cómo contactar esta persona, y
- Si necesitamos más información.

También puede proporcionar información que se utilizará para revisar su queja en persona o por escrito. Llame a UnitedHealthcare al **1-866-433-3413**, TTY **711**, si no está seguro de qué información brindarnos.

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

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros **1-866-433-3413**, TTY **711** 75
(Para crisis de salud mental/uso de sustancias, oprima 8)

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Después de revisar su queja

Le avisaremos de nuestra decisión dentro de los 45 días de contar con toda la información necesaria para responder a su queja, pero tendrá noticias en un plazo no mayor a 60 días del día en que recibimos su queja. Le escribiremos y le haremos saber las razones de nuestra decisión.

Cuando una demora podría poner en riesgo su salud, le avisaremos de nuestra decisión dentro de las 48 horas de contar con toda la información necesaria para responder su queja, pero tendrá noticias en un plazo no mayor a 7 días desde el día en que recibimos su queja. Lo llamaremos con nuestra decisión o trataremos de localizarle para decírselo. Recibirá una carta para realizar un seguimiento de nuestra comunicación en 3 días hábiles.

Se le dirá cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho e incluiremos los formularios que necesite.

Si no podemos tomar una decisión sobre su queja porque no contamos con la información suficiente, le enviaremos una carta para notificárselo.

Apelaciones de quejas

Si está en desacuerdo con una decisión tomada sobre su queja, usted puede presentar una **Apelación de quejas** con el plan.

Cómo presentar una Apelación de quejas

Si no está satisfecho con nuestra decisión, cuenta con por lo menos 60 días hábiles después de recibir comunicación de nosotros para presentar una **Apelación de queja**.

Puede hacerlo usted mismo o pedirle a una persona de su confianza que presente una apelación por usted.

La **Apelación de queja** se debe realizar por escrito. Si presenta una apelación por teléfono se debe realizar un seguimiento por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario que es un resumen de su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar el formulario y devolverlo. Puede realizar los cambios necesarios antes de devolver el formulario.

Qué sucede después de recibir su Apelación de quejas

Después de recibir su Apelación de quejas, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. La carta detallará:

- Quién está trabajando en su Apelación de quejas,
- Cómo ponerse en contacto con una persona, y
- Si necesitamos más información.

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

Si tenemos toda la información necesaria, le informaremos nuestra decisión dentro de 30 días hábiles. Si una demora podría poner en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión dentro de 2 días hábiles después de obtener toda la información necesaria para tomar una decisión sobre la apelación.

Se le dará las razones de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. Si aun así no está satisfecho, usted o una persona en su nombre puede presentar una queja al Departamento de Salud del estado de New York al 1-800-206-8125.

También puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network – ICAN) para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre sus opciones de cobertura, quejas y apelaciones. Pueden ayudarlo a administrar el proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión: TTY 711)

Web: www.icannys.org

Correo electrónico: ican@cssny.org

Derechos y responsabilidades de los miembros

Sus derechos

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene derecho a:

- Ser atendido con respeto, dignidad y privacidad, sin tener en cuenta el estado de salud, sexo, raza, color, religión, origen nacional, edad, estado civil u orientación sexual
- Seguir los planes e instrucciones para la atención médica que acordó con su doctor
- Recibir información acerca de todos los tipos de opciones de tratamiento, que se provean para usted de manera adecuada a su condición y a su capacidad de comprensión, independientemente de la cobertura de costos o beneficios
- Obtener una segunda opinión sobre su atención
- Aprobar cualquier tratamiento o plan para su atención médica después de recibir una explicación completa de este
- Rechazar la atención médica y que se le informen los riesgos que eso implica
- Rehusar inscripción a un programa de Hogar de Salud y que se le diga cómo debe recibir los cuidados de salud física y mental que necesita sin tener un Administrador de Cuidados de un Hogar de Salud
- Obtener una copia de su registro médico, hablar con su PCP y pedir, si es necesario, que sea enmendado o corregido
- Asegurarse de que su registro médico sea privado y no se comparta con otra persona, excepto según lo requerido por ley, contrato o con su aprobación
- Utilizar el sistema de quejas de UnitedHealthcare para asentar las quejas, o puede hacerlo al Departamento de Salud del estado de New York o al Departamento local de Servicios Sociales cada vez que sienta que no fue tratado en forma justa
- Utilizar el sistema de audiencias imparciales del estado
- Designar a una persona (familiar, amigo, abogado, etc.) para que hable sobre su atención médica y tratamiento si usted no puede hacerlo
- Recibir atención médica considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias
- Hacer recomendaciones acerca de la política de los derechos y responsabilidades de los miembros de la organización

Sus responsabilidades

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, está de acuerdo en:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud
- Seguir los planes e instrucciones para la atención médica que acordó con su doctor
- Hacer recomendaciones acerca de la política de los derechos y responsabilidades de los miembros de la organización
- Comprender los problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados
- Proporcionar la información que la organización y sus profesionales y proveedores necesitan para brindar atención médica
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que espera para usted
- Decirnos si tiene problemas con algún personal de atención médica. Llame a Servicios para Miembros.
- Asistir a sus citas. Si debe cancelarla, llámenos tan pronto como pueda.
- Usar la sala de emergencias solamente para emergencias verdaderas
- Llamar a su PCP cuando necesita atención médica, incluso fuera de horas de consulta

Nueva tecnología

UnitedHealthcare Community Plan sigue un proceso para conocer los nuevos procedimientos médicos, tratamientos y medicamentos una vez que se determina que son seguros y son aprobados para su uso por un grupo nacional reconocido de expertos doctores (por ejemplo, la FDA o la Administración de Alimentos y Medicamentos). Una vez que la aprobación toma lugar, hay un proceso interno de revisión y aprobación que se utiliza para poner en producción los nuevos procedimientos, tratamientos y medicamentos para que se conviertan en beneficios cubiertos para usted.

Directrices anticipadas

Es posible que exista un momento que no pueda decidir sobre su propia atención médica. Al planificarlo con anticipación, puede decidir ahora cómo hacer que se cumplan sus deseos. Primero, cuénteles a su familia, amigos y médico qué clases de tratamientos desea y cuáles no. Segundo, puede designar a un adulto de su confianza para que tome las decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia y demás personas cercanas; así sabrán lo que usted quiere. Tercero, es mejor si escribe lo que piensa. Los documentos enumerados a continuación pueden ayudarlo. No necesita emplear a un abogado, pero es posible que desee hablar con uno acerca de este tema. Puede cambiar de opinión y estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarle a comprender y obtener estos documentos. No modifican su derecho a recibir beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es permitirle a los demás saber lo que desea si usted no puede hablar por sí mismo.

Apoderado de atención médica

Con este documento, usted nombra a otro adulto de su confianza (generalmente un amigo o miembro de la familia) para que decida sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo. Si lo hace, debe hablar con la persona, así sabrá lo que usted quiere.

CPR y DNR

Tiene derecho a decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para reanimar su corazón o pulmones en caso de que la respiración o la circulación se detuvieran. Si no desea tratamiento especial, incluida la resucitación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, CPR), debe dejarlo asentado por escrito. Su PCP proveerá una orden de DNR (Do Not Resuscitate – no reanimar) para sus registros médicos. También puede llevar con usted un formulario DNR y/o un brazalete para que cualquier proveedor médico de emergencia conozca sus deseos.

Tarjeta de donación de órganos

Esta tarjeta tamaño billetera expresa que está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otros cuando muere. Además, verifique el dorso de su licencia de conducir para informar sobre su deseo y la manera de donar los órganos.

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

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

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

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo usamos o compartimos su información

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal
- Agencias gubernamentales

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

- **Para recibir un pago.** Podemos usar o compartir su información médica para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos compartir su información médica con sus proveedores para ayudar con su atención.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

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

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

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionar atención médica; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales** en caso de que sea necesario para que le proporcionen sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Nosotros cumpliremos con las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Alcohol y abuso de sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
 4. Enfermedades transmisibles
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos su información médica según se describe en el presente documento o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir sus notas de psicoterapia. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información médica a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información médica en ciertas listas de correo promocional. Si nos permite compartir su información médica, el destinatario puede seguir compartiéndola. Puede retirar su consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información médica. Deberá hacer la solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá hacer la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información médica.
- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información médica durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá las divulgaciones de información médica realizadas por los siguientes motivos: (i) Para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También podría obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Cómo usar sus derechos

- **Para comunicarse con su plan de salud.** Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. También puede comunicarse con el Centro de atención de llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY **711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Enviela por correo a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- **Para presentar una reclamación.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una reclamación a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificarlo al **Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services)**. No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

¹ Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Aviso de privacidad de la información financiera

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

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

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

Información que recopilamos

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

Divulgación de la información financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Parte II – Sus beneficios y procedimientos del plan

Preguntas sobre este aviso

Llame al número de teléfono gratuito del miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de salud o comuníquese con el Centro de Atención de Llamadas de Clientes de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY **711**.

² Para los propósitos de este Aviso de privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; Lifestrip East, Inc.; Lifestrip Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO of Florida, Ltd.; POMCO West, Inc.; POMCO, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services LLC; y UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros médicos en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

