



Bienvenido a la **comunidad.**

Ohio

UnitedHealthcare Community Plan of Ohio provee servicios de cuidados de salud a los residentes de Ohio que son elegibles para cobertura de personas mayores, invidentes o discapacitados, cobertura para las familias y niños (incluyendo Healthy Start-Comienzo Saludable y Healthy Families-Familias Saludables) y beneficios de extensión de Medicaid para adultos.

Bienvenido.

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan. Usted es ahora un miembro de un plan para los cuidados de la salud, también llamado un plan de administración de los cuidados de salud (MCP). UnitedHealthcare Community Plan provee servicios de cuidados de salud para residentes de Ohio que son elegibles, incluidas las personas con bajos ingresos, mujeres embarazadas, bebés y niños, adultos mayores y personas con discapacidades. Como miembro, usted es ahora elegible para recibir atractivos beneficios sin ningún costo para usted y sin copagos. Además, le ofrecemos programas para el manejo de atención médica y de enfermedades para condiciones como el asma y la diabetes, así como el programa para el embarazo Healthy First Steps™.

Por favor, tómese unos minutos para revisar este Manual para Miembros. Estamos a su servicio para contestar cualquier pregunta que tenga. Puede encontrar las respuestas a la mayoría de sus preguntas en myuhc.com/CommunityPlan. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**, de lunes a viernes de las 7:00 a.m. a las 7:00 p.m.

Para empezar.

Nosotros queremos que usted obtenga de su plan de salud tan inmediatamente como sea posible. Empecemos con estos tres fáciles pasos:

1

Llame a su Proveedor de Atención Primaria (PCP) y haga una cita para tener una revisión médica. Las revisiones médicas son importantes para mantener una buena salud. El número de teléfono de su PCP está anotado en la tarjeta de identificación como miembro que recibió recientemente por correo. Si usted no conoce el número de teléfono de su PCP o si le gustaría ayuda para programar una cita para una revisión médica, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

2

Complete su Evaluación de salud. Esta es una forma rápida y fácil de conocer de manera amplia su forma de vivir y el estado de su salud. Esto nos ayuda a relacionar quien es usted con los beneficios y servicios disponibles para usted. Acuda a myuhc.com/CommunityPlan para completar la evaluación de la salud hoy mismo. Además, le llamaremos pronto para darle la bienvenida al UnitedHealthcare Community Plan. Durante esta llamada le explicaremos los beneficios de su plan de salud. También podemos ayudarle a completar la Evaluación de la Salud por teléfono.

3

Conozca su plan de salud. Empiece con la sección que describe las partes principales del Plan de Salud en la página 7 para tener una rápida vista general de su nuevo plan. Asegúrese de tener este manual a la mano como una futura referencia.

Servicios para Miembros 1-800-895-2017, TTY 711

Lunes – viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Nuestras oficinas se encuentran cerradas en los principales días festivos:

- Día de Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día del Recuerdo – Memorial Day
- Día de la Independencia (4 de julio)
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después del día de Acción de Gracias
- Día de Navidad



- 7 Bienvenida**
 - 7 Importantes puntos del plan de salud**
 - 7 Tarjeta de identificación como Miembro
 - 8 Beneficios en un vistazo
 - 9 Evaluación de su salud
 - 10 Ayuda a los Miembros
 - 13 Empleando sus beneficios de farmacia
-



- 16 Para ir al doctor**
 - 16 Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)
 - 18 Revisiones anuales
 - 19 Para hacer una cita con su PCP
 - 20 Preparación para su cita con su PCP
 - 21 Servicios de la Línea de Enfermeras (NurseLine)
 - 22 Si usted necesita cuidados de salud y la oficina de su doctor está cerrada
 - 22 Cuidados de salud cuando está lejos de su casa
 - 23 ¿Qué es un hogar médico?
 - 23 Servicios auto-referidos
 - 25 Beneficios adicionales de Extensión para la población de miembros adultos
 - 25 Members Matter – Los Miembros son Importantes
 - 26 Obtener una segunda opinión
 - 26 Autorizaciones previas
 - 27 Continuación de cuidados si su PCP abandona nuestra red
 - 27 Servicios de transporte – que no sean de emergencia
-



- 28 Hospitales y emergencias**
- 28 Cuidados urgentes
- 28 Servicios de hospital
- 29 Cuidados dentales de emergencia
- 29 Servicios médicamente necesarios
- 30 Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos.

31 Manual para miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

- 32 Carta de bienvenida
- 34 Manual para miembros del Departamento de Medicaid de Ohio
- 35 Tarjetas de identificación (ID)
- 36 Nueva información del miembro
- 37 Medicamentos de receta
- 37 Servicios que NO están cubiertos por UnitedHealthcare
- 38 Servicios para la administración de los cuidados
- 39 Servicios para Miembros
- 39 Beneficios de salud mental y para el uso de sustancias
- 40 Programa de servicios coordinados
- 40 Healthchek
- 42 Para elegir un proveedor de atención primaria (PCP)
- 42 Cambio de PCP
- 43 Sus derechos como miembro
- 45 Cómo puede usted dejarle saber a UnitedHealthcare Community Plan que no está satisfecho o que no está de acuerdo con alguna decisión que hemos tomado – Apelaciones y quejas
- 47 Forma para Quejas y Apelaciones
- 49 Audiencias estatales
- 50 Servicios de emergencia
- 51 Lesiones accidentales o enfermedades (subrogación)
- 51 Otros seguros médicos (Coordinación de Beneficios – COB)
- 51 Notificación de pérdida de seguro (Certificado de cobertura acreditable)
- 51 Pérdida de elegibilidad de Medicaid
- 52 Reanudación automática de su membresía a MCP
- 52 Para cancelar su membresía con MCP

56 Tabla de servicios de Medicaid

- 56 Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

62 Beneficios adicionales de UnitedHealthcare

- 62 Beneficios adicionales



65 Otros detalles del plan

- 66 Como encontrar a un proveedor dentro de la red
- 66 Directorio de Proveedores
- 67 Como emplear la herramienta para buscar a un doctor y el Directorio de Proveedores en línea
- 70 Si usted recibe una factura por servicios
- 71 Directrices Anticipadas
- 73 Fraude y abuso
- 74 Su opinión cuenta
- 75 Administración de Utilización
- 75 Programa de calidad
- 76 La seguridad y protección en contra la discriminación
- 76 Guías de la práctica clínica y tecnologías nuevas
- 77 Sus responsabilidades como miembro
- 78 Términos importantes
- 81 Las prácticas de privacidad



Importantes puntos del plan de salud

Tarjeta de identificación (ID) como miembro

Diagram illustrating the components of a UnitedHealthcare ID card:

- Health Plan (80840) 911-87726-04**: Su número de ID del plan
- Member ID: 999999999**: Su número de ID como miembro
- Group Number: OHPHCP**: Número de teléfono de Servicios para Miembros
- Member: SUBSCRIBER BROWN**: Nombre de su Proveedor de Atención Primaria
- PCP Name: DR. PROVIDER BROWN**: Nombre de su Proveedor de Atención Primaria
- DOB: 99/99/9999**: Fecha de nacimiento
- Payer ID: 87726**: Información para su farmacéutico
- OPTUMRx**: Información para su farmacéutico
- For Members: 800-895-2017**: Servicios de salud mental
- TTY 711**: Servicios de salud mental
- For Providers: www.uhcommunityplan.com**: Información para proveedores
- Medical Claims: PO Box 8207, Kingston, NY, 12402**: Información para reclamaciones médicas
- Eligibility: 800-600-9007**: Información de elegibilidad
- Utilization Management: 800-366-7304**: Información de gestión de utilización
- Pharmacy Claims: OptumRx, PO Box 29044, Hot Springs, AR 71903**: Información de reclamaciones de farmacia
- For Pharmacist: 877-305-8952**: Información para farmacéuticos

¿Perdió su tarjeta de identificación como miembro?

Si usted o algún miembro de su familia extravió la tarjeta, usted puede imprimir una nueva acudiendo a myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**.



Beneficios en un vistazo

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene disponible una variedad de beneficios y servicios para los cuidados para la salud. A continuación hay un breve resumen. Usted podrá encontrar la lista completa en la sección de Beneficios.



Servicios de Atención Primaria.

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



Una amplia red de proveedores.

Usted puede escoger a cualquier PCP de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra amplia red también incluye especialistas, hospitales y farmacias — dándole muchas opciones para los cuidados para la salud. Encuentre la lista completa de nuestros proveedores en la red, acudiendo al sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan o llame al **1-800-895-2017, TTY 711**.



Servicios de la Línea de Enfermeras (NurseLine).

La Línea de Enfermeras es una línea telefónica gratuita que cuenta con la atención de enfermeras registradas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Ellos pueden darle información, ayuda y educación en cualquier pregunta o preocupación relacionada con su salud. Llame al **1-800-542-8630, TTY 1-800-855-2880**.



Servicios de especialistas.

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son doctores o enfermeras que están especialmente entrenada(o) s para dar tratamientos a ciertas condiciones médicas. Posiblemente usted necesite primero de una referencia de su PCP. Lea la página 23 de este manual.



Medicamentos.

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



Servicios de hospital.

Usted se encuentra cubierto para sus estadías en hospital y para los servicios de paciente ambulante (servicios que obtiene en un hospital sin quedar hospitalizado).



Servicios de laboratorio.

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



Visitas de bienestar para niños.

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



Cuidados de maternidad y del embarazo.

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



Planificación familiar.

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



Cuidados de la visión.

Los beneficios para su visión incluyen exámenes de rutina y anteojos. Vea la página 60.



Cuidados dentales.

Sus beneficios dentales están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan.



Hay servicios de transporte disponibles.

Si usted necesita de servicios de transporte a su PCP o a otro proveedor médico, nosotros podríamos ayudarle. El servicio de transporte está cubierto para ciertos tipos de cuidados médicos. Si usted no tiene ninguna otra manera de llegar a su doctor, vive en un área que no tiene servicio de transporte público o no puede emplear el transporte público debido a una condición física o a una discapacidad, llame al **1-800-895-2017, TTY 711**, por lo menos 48 horas por adelantado.

Evaluación de su salud

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

Por favor, tome unos minutos y conteste las formas de Evaluación de Salud o llame a 1-800-895-2017 para completarlas por teléfono.



Ayuda a los miembros

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



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

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

- Encontrar un proveedor o una farmacia.
- Hacer una búsqueda de un medicamento en la Lista de Medicamentos Preferidos.
- Obtener detalles acerca de los beneficios.
- Descargar un Manual para Miembros actualizado.
- Imprimir una nueva tarjeta de identificación como nuevo miembro.



Los Servicios para Miembros se encuentran disponibles de lunes a viernes de las 7:00 a.m. to 7:00 p.m.

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

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

Llame al **1-800-895-2017, TTY 711.**



Programa para la administración de cuidados de salud.

UnitedHealthcare Community Plan le ofrece servicios para la administración de los cuidados para la salud, los cuáles están disponibles para niños y adultos con necesidades especiales de cuidados. Si usted padece de una condición crónica de salud, como el asma o la diabetes, usted podría beneficiarse con nuestro programa para la Administración de Cuidados de Salud. Nosotros podremos ayudarle en un cierto número de cosas, tales como haciendo una cita con un doctor y para mantener informados a todos sus proveedores acerca de los cuidados de salud que recibe. Para conocer más, llame al **1-800-895-2017, TTY 711**.



Los miembros son importantes.

UnitedHealthcare Community Plan les provee a nuestros miembros con un representante de “Members Matter” — Los miembros son importantes. Los miembros pueden llamar a su representante individual de Members Matter o hablar con cualquiera de los miembros del equipo de Servicios para Miembros llamando al **1-800-895-2017, TTY 711**. Su representante de Members Matter puede explicarle cosas como por ejemplo:

- Como ordenar nuevas tarjetas de identificación.
- Como cambiar de PCP.
- Información acerca de los proveedores participantes.
- Como ganar acceso a los cuidados especiales.
- Como presentar una queja o una apelación.

Su representante de Members Matter puede también llamarle a usted periódicamente para conocer si usted se ha beneficiado al recibir cualquiera de los servicios administrados para sus cuidados.

Si su dirección cambia, por favor contacte a la oficina de sus Servicios Locales de Trabajo y Familia (JFS).



Nosotros hablamos su idioma.

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionar materiales impresos traducidos. También podemos proporcionarle un intérprete que puede ayudarle a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de los servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección “Otros Detalles del Plan”. También puede llamar a Servicios para Miembros a **1-800-895-2017, TTY 711**.



Emergencias.

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



Otros números de teléfono importantes.

24/7 NurseLine **1-800-542-8630**
(disponible 24 horas al día, 7 días por semana)
TTY **1-800-855-2880**
Healthy First Steps (para mujeres embarazadas) **1-800-599-5985**
Administración de Cuidados de Salud **1-800-895-2017**
Línea para reportar el fraude y el abuso
UnitedHealthcare **1-877-766-3844**
Departamento de Seguros de Ohio (Ohio Department of Insurance) **1-800-686-1527**
..... **1-614-644-2671**
Línea para consumidores de Medicaid de Ohio
(Ohio Medicaid Consumer Hotline) **1-800-324-8680**
TTY **1-800-292-3572**

Usted puede empezar a usar sus beneficios de farmacia de inmediato



Su plan cubre una amplia lista de medicamentos con y sin receta. Las medicinas que se cubren se encuentran anotadas en la Lista de Medicamentos Preferidos. Su doctor usa esta lista para asegurar que los medicamentos que usted necesita están cubiertos por su plan. Usted puede obtener la Lista de Medicamentos Preferidos en internet en myuhc.com/CommunityPlan. Usted también puede buscar el nombre del medicamento en internet. Es fácil poder obtener que le surtan sus medicamentos. Esta es la manera de hacerlo:

1

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



Sí.

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



No.

Si sus medicamentos no están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos, haga una cita con su doctor dentro de los siguientes 30 días. Los doctores le ayudarán a cambiar de medicamentos a los que se encuentren dentro de la Lista de Medicamentos Preferidos. Su doctor también puede ayudarle a que se haga una excepción en su caso si el doctor piensa que usted necesita un medicamento que no se encuentra en la lista.



¿No está seguro?

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

Consulte la Lista de Medicamentos Preferidos en internet en myuhc.com/CommunityPlan. También puede llamar a Servicios para Miembros. Estamos aquí para ayudarle.

2

¿Tiene usted una receta para un medicamento?



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

3

¿Necesita usted surtir de nuevo un medicamento que no se encuentra en la Lista de Medicamentos Preferidos?

Si usted necesita que le surtan de nuevo medicamentos que no figuran en la Lista de Medicamentos Preferidos, usted puede obtener un suplemento temporal para 5 días. Para hacer esto, visite una de las farmacias que pertenecen a nuestra red y enseñe su tarjeta de identificación como miembro. Si usted no tiene su tarjeta ID, puede enseñar al farmacéutico la información abajo anotada. Hable con su doctor acerca de sus opciones de medicinas de receta.

Attention Pharmacist

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

BIN: 610494

Processor Control Number: 4141

Group: ACUOH

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

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

Beneficio de suministro de 90 días.

Su plan ahora cubre suministros para 90 días de medicamentos seleccionados en la farmacia minorista. Con un suministro de 90 días, no tendrá que volver a surtir cada mes. 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 toma actualmente.
- **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, vaya a myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**.



Para ir al doctor

Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

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

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

Usted tiene opciones.

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

- Doctores de familia (llamados también doctores de medicina en general) – ellos dan tratamiento a niños y adultos.
- Doctores de medicina interna (también llamados internistas) – dan tratamiento a los adultos.
- Enfermera Practicante (NP) – dan tratamiento a niños y adultos.
- Pediatras – dan tratamiento a niños.
- Asistentes de Doctor (PA) – dan tratamiento a niños y adultos.

¿Qué es un proveedor de la red?

Los proveedores de la red tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para darles los cuidados de salud a nuestros miembros. Usted no necesita llamarnos antes de consultar con uno de estos proveedores. En ocasiones los miembros necesitan ver a un tipo de doctor altamente especializado. Nosotros trabajaremos con su PCP para asegurar que usted obtiene el especialista o el servicio que necesita y por todo el tiempo que se requiera, aún si ese proveedor no forma parte de nuestra red de proveedores. Cuando autorizamos previamente la consulta para brindarle los cuidados o servicios con un proveedor que no pertenezca a nuestra red, no hay ningún costo para usted.

Si usted ve a un especialista sin tener una referencia de su PCP y sin previa autorización de UnitedHealthcare Community Plan, es posible que tenga que pagar la factura. Siempre consulte primero con su PCP para cualquier servicio que necesite

Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan tiene un contrato con los proveedores que cumplen con los estándares de calidad de UnitedHealthcare Community Plan.

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

1. Consulte nuestro directorio impreso de Proveedores.
2. Use la herramienta de búsqueda a “Find-A-Doctor” en myuhc.com/CommunityPlan.
3. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**. Nosotros podremos contestar a sus preguntas y ayudarle a encontrar a un PCP cerca de usted.

Por favor vea la pagina 67 para obtener más información acerca de la herramienta “Find-A-Doctor”.

Una vez que usted escoja a un PCP, llame a Servicios para Miembros e infórmenos. Nosotros nos aseguraremos que sus records son actualizados. Si usted no quiere escoger a un PCP, UnitedHealthcare puede escoger uno para usted, basándose en su localización y en el lenguaje que habla.

Conozca más acerca de los doctores de la red.

Usted puede obtener información acerca de los doctores en la red acudiendo a myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Miembros. Nosotros le podemos comunicar la siguiente información:

- Nombre, dirección y números de teléfono.
- Certificaciones profesionales.
- Especialidad.
- Escuela de medicina a la que asistió.
- Residencias cursadas.
- Estado de la Certificación del Consejo.
- Idiomas que habla.

Revisiones anuales

La importancia de su revisión anual.

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

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

Para las mujeres.

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

Para los hombres.

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

Exámenes de bienestar para niños.

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

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

Horario de los exámenes médicos.

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

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

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

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

Para hacer una cita con su PCP

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

Este es el tiempo de espera para obtener una cita:

- Para emergencia — Inmediatamente o ser referido a una sala de emergencias.
- No sean de emergencia — Inmediatamente o ser referido a una sala de emergencias.
- Para urgencias (pero sin que sea una emergencia) — Dentro de 1 día o 24 horas.
- De rutina — Dentro de 6 semanas.
- De prevención, vistas para el bienestar — Dentro de 6 semanas.

Preparación para su cita con su PCP

Antes de la cita.

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

Durante las visita.

Cuando usted vea al doctor, no tenga timidez en:

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



Servicios de la Línea de Enfermeras (NurseLine) – La fuente de información salud las 24 horas del día

Llame a 1-800-542-8630, TTY 1-800-855-2880

Cuando se enferma o se lesiona, es difícil poder tomar decisiones acerca de su salud. Usted no puede decidir si usted debe acudir a una sala de emergencias, a un centro de cuidados de urgencia, hacer una cita con su proveedor de atención primaria o tratarse a sí mismo. Una experimentada enfermera de la Línea de Enfermeras puede darle la información necesaria para ayudarlo a decidir qué es lo que tiene que hacer.

Las enfermeras le proveerán con la información y ayuda para muchas situaciones y preocupaciones, que incluyen:

- Lesiones menores.
- Enfermedades comunes.
- Consejos acerca de auto-tratamientos y opciones para tratamiento.
- Diagnósticos recientes y condiciones crónicas.
- Como escoger los cuidados médicos apropiados.
- Prevención de las enfermedades.
- Nutrición y buen estado físico.
- Preguntas para su proveedor.
- Como tomar sus medicamentos en forma segura.
- Información acerca de la salud para hombres, mujeres y niños.

Posiblemente usted solo tiene curiosidad acerca de algún tópico de la salud y quiere aprender más. Las enfermeras registradas tienen mucha experiencia y le pueden dar información, ayuda y educación en cualquier pregunta o preocupación que tenga en aspectos relacionados a la salud.

Simplemente llame al número gratuito **1-800-542-8630, TTY 1-800-855-2880**. Usted puede llamar sin costo alguno a la Línea de Enfermeras las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Además, no hay límite en el número de llamadas que usted puede hacer.

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

Llame a su doctor si necesita cuidados que no son una emergencia. El teléfono de su doctor es contestado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su doctor o el doctor que se encuentre de guardia le ayudarán a tomar la decisión correcta para sus cuidados de salud.

Es posible que a usted se le recomiende que:

- Acuda a una clínica abierta después de las horas regulares o a un centro de cuidados urgentes.
- Acuda a la oficina del doctor al día siguiente por la mañana.
- Acuda a una sala de emergencia (ER).
- Obtenga medicamentos en su farmacia.

Cuidados de salud cuando está lejos de su casa

- Si usted necesita urgentes cuidados de salud cuando no se encuentre en su área, para obtener ayuda, llame a su PCP o a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-895-2017, TTY 711**.
- En una emergencia usted no tiene que llamar primero a su PCP. Acuda a la sala de emergencia más cerca o llame al 911.
- Llame a su PCP después de haber visitado la sala de emergencia.
- Obtenga los cuidados médicos posteriores de su PCP.
- Los cuidados de salud de rutina debe recibirlos de su PCP cuando usted regrese a su casa.
- Todos los servicios que recibe cuando se encuentre fuera de los Estados Unidos y de sus territorios no están cubiertos.

Si usted recibe cuidados médicos de emergencia cuando está fuera de su área, el doctor puede remitir sus facturas electrónicamente o enviarlas por correo a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 5220
Kingston, NY 12402-5220

Si usted está fuera de su área y necesita cuidados de salud que no son de emergencia, pero no puede encontrar cerca de usted un proveedor dentro de nuestra red, llame a Servicios para Miembros al número anotado en su tarjeta de identificación como miembro.

Hogar médico

¿Qué es una Hogar médico?

Un Hogar médico es un recurso para los cuidados médicos que usted emplea todo el tiempo y en que debe tenerle confianza. Si usted consulta al mismo proveedor o misma práctica médica todo el tiempo, éste es su Hogar médico.

¿Por qué quisiera yo un Hogar médico?

Un Hogar médico hace más fácil para usted obtener cuidados médicos y asesoría. Hay una multitud de razones por las cuales ustedes o su familia quisieran tener un Hogar médico.

- Un Hogar médico tendrá ya todo su expediente médico. Esto ayudará a que un doctor le dé consulta más rápidamente.
- Un Hogar médico conocerá cuales son las vacunas que necesita, las enfermedades que ha tenido y los medicamentos de receta que ha tenido y cuáles de ellos son los que mejor trabajan para usted.
- Un Hogar médico conocerá cuales son las alergias de las que sufre y otros asuntos relacionados a su salud.
- Un Hogar médico conocerá cual es el comportamiento y la salud que son normales para usted.
- Un Hogar médico puede contestar a las preguntas acerca de un tratamiento previo.

Nosotros sugerimos que todos nuestros miembros tengan un Hogar Médico.

Servicios auto-referidos

Usted puede recibir algunos servicios sin que sea necesario ser referido o recomendado a otro doctor. Esto se conoce como servicios auto-referidos. Ejemplos de estos servicios que usted puede obtener sin necesidad de ser referido a otro doctor por su PCP son:

- Cuidados dentales.
- Cuidados de la visión.
- Servicios de preventivos y de cuidados de rutina para la mujer que son provistos por especialistas de la salud femeninas (obstétricos, ginecológicos y enfermeras certificadas parteras).
- Cuidados de especialidad (excepto para tratamientos de quimioterapia y servicios especializados para el manejo del dolor).
- Cuidados de emergencia.
- Servicios provistos por Proveedores Calificados en Planeación Familiar (QFPP).
- Servicios para la salud mental y tratamientos para trastornos del uso de sustancias.

Bienvenida

- Servicios provistos por los Centros Federales Calificados de Salud (FQHC)/Clínicas de Salud Rurales (RHC).
- Diálisis.
- Terapia por radiación.
- Mamografías.

Usted debe acudir a un proveedor participante para todos sus servicios auto-referidos, excepto en casos de emergencias o para servicios provistos en Centros Federales de Salud Calificados (FQHC)/Clínicas Rurales de Salud (RHC), Proveedores Calificados para la Planeación Familiar (QFPP), y en centros calificados de salud mental en la comunidad del Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción de Ohio (ODMHAS) que son proveedores de Medicaid. Los proveedores participantes deben encontrarse anotados en las listas en el Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Su Directorio de Proveedores incluye especialistas como oncólogos, ginecólogos, optometristas, dentistas y psicólogos. Si usted no encuentra a su proveedor en la lista, llame a Servicios para Miembros o visite myuhc.com/CommunityPlan para conocer si su proveedor acepta a UnitedHealthcare Community Plan. Para asegurar que usted recibe el mejor de los cuidados, informe a su PCP acerca de cualquier consulta que tenga con un especialista o con cualquier otro proveedor. Haciendo esto, su PCP le ayudará a coordinar los cuidados de su salud. Si usted consulta con un proveedor que no participa con UnitedHealthcare Community Plan, esos servicios pueden requerir una autorización previa.

Proveedores fuera de la red.

Los proveedores fuera de la red son proveedores que no se encuentran dentro de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Si usted consulta con un proveedor fuera de la red, UnitedHealthcare usualmente no pagará por los cuidados a menos que sea un servicio cubierto bajo Planificación Familiar, o que trate de una emergencia o que tenga una autorización previa de nuestra parte. Por favor, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017** (para personas con problemas de audición: **711**). Nosotros le ayudaremos. Los Servicios para Miembros pueden también proveerle con una lista de especialistas, incluyendo un proveedor para la salud mental.

Beneficios adicionales de Extensión para la población de miembros adultos

Servicios institucionales, específicamente en instituciones de enfermería y de cuidados intermedios para aquellos individuos con discapacidades intelectuales (ICF IID) se encuentran cubiertos por la Extensión de la población de adultos sin límites, cuando son médicamente necesarios.

Los servicios de un Centro de enfermería (NF).

Regulaciones OAC 5160 26 02 y 5160 26 03 permiten que ODM dé de baja a los miembros cuando se le sea solicitado. Para poblaciones existentes de CFC y ABD, los miembros MCP pueden ser dados de baja después del segundo mes de una permanencia continua dentro de un centro con servicios de enfermería y pueden estar cubiertos por el programa de servicios de cuota (FFS) cuando ciertos requisitos son llenados. Sin embargo, los miembros Los miembros de MCP con Extensión para adultos no serán dados de baja y continuarán dentro del programa de administración de cuidados a través de la duración de cualquier estadía(s) en un centro NF que sea médicamente necesaria(s), mientras que permanezcan siendo elegibles dentro de la categoría de Extensión de adultos de Medicaid. Admisiones ICF IID: Si usted conoce que algún miembro de Extensión para adultos ha sido admitido a un centro ICF IID, por favor llame de inmediato a ODM y ODM trabajará con el MCP para determinar los siguientes pasos para la cobertura.

Servicios de psicólogo.

No hay límites en los beneficios (conocidos también como “límites duros”) para los servicios con un psicólogo para adultos; los servicios de psicología médicamente necesarios deben proveerse sin límite para todos los miembros de Extensión para adultos. Estos beneficios se han diseñado sin límites duros para que se asegure que se llenen los requisitos de la Paridad de Salud Mental Federal y el Acta de Equidad a la Adicción (MHPAEA).

Members Matter – Los Miembros son Importantes

Nosotros queremos estar seguros de que usted está obteniendo lo más posible de nuestro plan. Para hacer eso, le asignaremos a un representante personal con quien usted puede hablar acerca de su plan de salud, o para aquellas cosas que necesitan llevarse a cabo, tener una transición sin problemas desde su plan de tratamientos actual. Varias veces durante el año, el representante de Members Matter le llamará para ver cómo sigue. Usted puede hacerle cualquier pregunta acerca de los cuidados de su salud.

Si usted tiene cualquier pregunta o preocupación, llame a UnitedHealthcare Community Plan a **1-800-895-2017**, oprima 6, 7 o 8, de lunes a viernes, de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m.

Obtener una segunda opinión

Una segunda opinión es cuando usted desea visitar un segundo médico por el mismo problema de salud. Usted puede recibir una segunda opinión respecto de todos los servicios cubiertos. Esta es su opción. No se le exige a usted que reciba una segunda opinión.

Autorizaciones previas

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

Se puede necesitar una autorización previa.

Algunos servicios que requieren autorización previa incluyen:

- Admisión a un hospital.
- Cuidados de salud en el hogar.
- Ciertos procedimientos de toma de imágenes en pacientes ambulatorios, incluyendo escaneos de MRI, MRA, CT y PET.

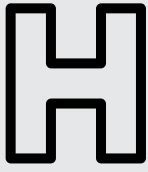
Continuación de los cuidados de salud si su PCP abandona nuestra red

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



Servicios de transporte – que no sean de emergencia

Si usted necesita de transporte a una consulta con su PCP o a otro proveedor médico, nosotros podemos ayudarle. UnitedHealthcare Community Plan puede proporcionarle hasta 30 viajes sencillos o 15 de ida y vuelta al año para citas con su PCP, WIC, farmacia o cualquier otro proveedor participante en los cuidados de su salud o salud conductual, tales como citas para la revisión de la visión o dentales y proveedores de salud mental y uso de sustancias. Usted también puede solicitar ayuda para trasladarse a las visitas para la re-determinación de Medicaid.



Hospitales y emergencias

Cuidados urgentes

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

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

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

Para planear con anticipación.

Es bueno si usted sabe en donde se localiza la clínica de cuidados urgentes más cercana. Usted puede encontrar una lista de clínicas de cuidados urgentes en su Directorio de Proveedores. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**.

Servicios de hospital

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

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

Para ir al hospital.

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

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

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

Cuidados dentales de emergencia

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

Servicios médicamente necesarios

Son aquellos servicios médicos que:

- Son esenciales para prevenir, diagnosticar, evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar condiciones médicas que ponen en peligro la vida, causando sufrimiento y dolor, deformidad física o mal función, amenazan causar o empeorar una discapacidad o pueden resultar en una enfermedad o padecimiento de un miembro de UnitedHealthcare Community Plan;
- Se proveen en una institución apropiada, a un nivel correcto y los cuidados se aplican con el nivel adecuado de tratamiento de acuerdo a la condición médica en la que se encuentre el miembro de UnitedHealthcare Community Plan; y
- Se administran de acuerdo a los estándares establecidos, según las normas aceptadas por las prácticas médicas.

Servicios de un centro de nacimientos en un centro de nacimientos. Los miembros deben llamar Servicios para Miembros para conocer si existen centros calificados en Ohio.

Si un miembro tiene la necesidad de obtener beneficios de un centro de enfermería, debe llamar a Servicios para Miembros para obtener información acerca de proveedores que se encuentren disponibles.

El beneficio de descanso incluye el descanso temporal y de cortos periodos de tiempo para el cuidador principal de un miembro menor de 21 años para: Ayudar con la preparación de alimentos y con la prestación de ayuda manual/supervisión de un menor; y servicios que pueden proveerse de manera planeada o como una emergencia y en el hogar del menor por individuos que se encuentren empleados por proveedores de Medicaid que sean agencias para la salud en el hogar certificadas por Medicare o por otro tipo de agencias acreditadas. Los servicios de descanso no pueden ser otorgados por un miembro de la familia legalmente responsable o por un proveedor de cuidados para un menor adoptado. Los

proveedores deben permanecer despiertos durante el tiempo cuando se proveen los servicios de descanso y no se proveen durante las horas nocturnas. Hay un límite de no más de 24 horas de descanso por mes, y no debe excederse el número de 250 horas por calendario anual.

Elegibilidad de los miembros para los beneficios de descanso:

- Menores de 21 años de edad que se determine que son elegibles para SSI.
- Inscritos en el programa de la administración de cuidados de una Organización de cuidados administrados de Medicaid.
- Vive con un cuidador principal informal que trabaja sin sueldo.
- La MCO ha determinado que alcanza un nivel de cuidados a nivel institucional.
- La MCO ha determinado que requiere servicios especializados de enfermería o de rehabilitación por lo menos de una vez por semana.
- Ha recibido por lo menos 14 horas por semana de parte de un asistente en los servicios de salud dentro del hogar por lo menos por 6 meses consecutivos inmediatamente previos a la fecha de cuando los servicios de descanso fueron solicitados.
- La MCO ha determinado que el proveedor principal de los cuidados tiene necesidad de un descanso temporal de los cuidados que se otorgan un menor como resultado de un servicio a largo plazo o en orden de poder prevenir la provisión de colocación institucional o colocación fuera del hogar.

Para algunos servicios que son médicamente necesarios se necesita obtener previa autorización antes de recibirlos. Consulte por favor la página 26 de este manual para obtener información acerca de las previas autorizaciones.

Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos o sus territorios y necesita atención médica, cualquier servicio médico que reciba no será cubierto por UnitedHealthcare Community Plan. Medicaid no puede pagar los servicios médicos que reciba fuera de los Estados Unidos.

No se demore.

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

Manual para miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

Bienvenido

desde el Estado de Ohio

Estimado Miembro de UnitedHealthcare Community Plan:

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan. Si usted tiene problemas con la lectura o comprensión de la información, por favor póngase en contacto con los Servicios para Miembros para obtener ayuda sin costo alguno para usted al **1-800-895-2017, TTY 711**. Nosotros podemos explicarle el significado de la información en inglés o en su propio lenguaje. Podemos ofrecerle la información impresa en ciertos otros idiomas. Si usted tiene una discapacidad visual o auditiva, puede obtener ayuda especial.

Si usted tiene una condición de salud que requiere cuidados médicos continuos, llame a Servicios para Miembros tan pronto como sea posible. Por ejemplo: Si usted necesita cirugía, está embarazada, o tiene consultas con un especialista o si está recibiendo terapia física o servicios de salud en el hogar, por favor llame a Servicios para Miembros de inmediato.

Incluida se encuentra su manual para miembros. Su manual para miembros le proporciona mucha información que necesita saber cómo miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Es muy importante que lea estos materiales.

La siguiente información le ayudará a obtener servicios para los cuidados de su salud a través de UnitedHealthcare Community Plan:

- El nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria (PCP) están anotados en su tarjeta de identificación. Su PCP le dará tratamiento para la mayoría de sus necesidades para los cuidados de salud. Si usted no quiere al PCP que se encuentra anotado en su tarjeta, debe llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan para hacer un cambio. Su PCP debe formar parte de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan.
- Un directorio de proveedores enumera los nombres de los proveedores que forman parte de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Para la mayoría de los servicios para los cuidados de salud, usted debe visitar a proveedores que formen parte de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Su manual para miembros le explica como tener acceso a estos proveedores. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda.
- Si usted solicitó un directorio de proveedores impreso cuando llamó a la Línea directa de Medicaid para seleccionar a un plan de administración de los cuidados de salud, usted también recibirá un directorio en pocos días. Si usted no llamó a la Línea directa de Medicaid para inscribirse y usted fue asignado a UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitar una copia impresa del directorio de proveedores llamando al departamento de Servicios para

Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes, o remitiendo la tarjeta aquí incluida. Los miembros también pueden visitar nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan para conocer la información actualizada del panel de proveedores.

Si usted no recibió los artículos arriba mencionados o si usted no comprende esta información, por favor, contacte a nuestro Servicios para Miembros tan pronto como sea posible para obtener ayuda.

Si usted tiene que viajar más de 30 millas desde su hogar para recibir sus cuidados de salud, UnitedHealthcare Community Plan le proveerá con transporte. Así mismo, también les proveeremos transporte para las visitas a otros proveedores tal como se explica en su manual para miembros. Cuando usted es un miembro, puede llamar al **1-800-895-2017, TTY 711**, por lo menos 48 horas por adelantado para reservar un servicio de transporte. También proporcionamos transporte para otras visitas a proveedores como se explica en su manual para miembros.

Membrecía opcional en MCP

- Miembros nativos americanos de una tribu reconocida por el gobierno federal, sin importar su edad.
- Personas que reciben servicios de exención basados en el hogar y la comunidad a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio.

Exclusión de la membrecía de MCP

A los siguientes individuos no se les permitirá que se inscriban a UnitedHealthcare Community Plan:

- Personas con una doble elegibilidad bajo programas de Medicaid y Medicare;
- Internados (en una casa de reposo y que no son elegibles bajo la categoría de Extensión para Adultos, instituciones para los cuidados de salud a largo plazo, ICF-IID o algún otro tipo de institución);
- Recibiendo servicios de exención de Medicaid y no elegible para la categoría de Extensión de Adultos.

Si piensa que usted o su hijo llenan cualquiera de esos criterios y no debería de ser miembro de un plan de administración de cuidados de salud, debe llamar a la Línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Si cualquiera de los criterios arriba mencionados se llena, la membrecía en MCP será terminada.

Si usted tiene preguntas acerca de la información arriba mencionada o cualquier otro tipo de preguntas que nosotros podamos responder, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**. Nosotros tenemos mucho agrado de tenerle como miembro y esperamos con gusto poder trabajar con usted para ofrecerle mejores cuidados de salud.

Manual para miembros del Departamento de Medicaid de Ohio

ATENCIÓN: si habla inglés, tendrá a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al 1-800-895-2017, TTY 711, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. La llamada es gratuita.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-895-2017, TTY 711.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-800-895-2017, TTY 711, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. La llamada es gratuita.

Si tiene problemas para leer o comprender esta información o cualquier otra información de UnitedHealthcare Community Plan, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-895-2017, TTY 711 para recibir ayuda sin costo para usted. Podemos presentar esta información, en inglés o en su idioma principal.

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan. Ahora usted es miembro de un plan de atención médica, también conocido como plan de atención administrada (MCP). UnitedHealthcare Community Plan brinda servicios de atención médica a los residentes de Ohio que son elegibles, incluidas las personas con bajos ingresos, mujeres embarazadas, bebés y niños, adultos mayores y personas con discapacidades.

UnitedHealthcare Community Plan no puede discriminar para proporcionar los servicios de salud en base a su raza, color, religión, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, estado del veterano, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

Es importante recordar que usted debe recibir los servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan de las instalaciones y/o proveedores dentro del plan UnitedHealthcare Community Plan. Consulte las páginas 56 – 60 para obtener información sobre los servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. Las únicas ocasiones en que usted puede emplear proveedores que no están dentro del panel de UnitedHealthcare Community Plan es para:

- servicios de emergencia
- centros de salud federalmente calificados/clínicas de salud rurales
- proveedores calificados de planificación familiar
- enfermeras parteras certificadas o enfermeras practicantes certificadas
- cuando ha sido aprobado para esa consulta por UnitedHealthcare Community Plan con un proveedor que no pertenece al panel

Usted debería haber recibido el Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. El directorio de proveedores enumera a todos nuestros proveedores dentro del panel, así como a otros proveedores que no pertenecen al panel y que puede usar para recibir servicios. También puede visitar nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan para conocer la información actualizada del panel de proveedores o llamar a Servicios para Miembros al 1-800-895-2017, TTY 711, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. para asistencia.

Tarjetas de identificación (ID)

Usted debería haber recibido una tarjeta de identificación de membresía de UnitedHealthcare Community Plan. Cada miembro de su familia que se haya unido a UnitedHealthcare Community Plan recibirá su propia tarjeta. Estas tarjetas reemplazan su tarjeta mensual de Medicaid. Cada tarjeta es válida mientras la persona sea miembro de UnitedHealthcare Community Plan. No recibirá una nueva tarjeta cada mes como lo hizo con la tarjeta de Medicaid.

Si está embarazada, debe informarle a UnitedHealthcare Community Plan. También debe llamar cuando nazca su bebé para que podamos enviarle una nueva tarjeta de identificación para su bebé.

Siempre lleve consigo su(s) tarjeta(s) de identificación.

Usted necesitará mostrar su tarjeta de identificación cada vez que obtenga servicios médicos. Esto significa que debe llevar consigo su tarjeta de ID como miembro de UnitedHealthcare Community Plan cuando:

- ve a su Proveedor de Atención Primaria (PCP)
- ve a un especialista o a otro proveedor
- acude a una sala de emergencias
- acude a un centro de cuidados urgentes
- acude a un hospital por cualquier razón
- obtiene suministros médicos
- obtiene medicamentos de receta
- le administran pruebas médicas
- recibe servicios de transporte que no son emergencias (por ejemplo, viajes de ida y vuelta a citas médicas con su PCP)

Usted debe llamar de inmediato a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al 1-800-895-2017, TTY 711 si:

- aún no ha recibido su(s) tarjeta(s)
- cualquier información escrita en la tarjeta es incorrecta
- usted pierde la(s) tarjeta(s)
- usted está embarazada o tiene a un bebé

Nueva información del miembro

Si tenía la tarifa por servicio de Medicaid el mes anterior antes de ser miembro de UnitedHealthcare Community Plan y tiene servicios de atención médica ya aprobados y/o programados, es importante que llame a Servicios para Miembros de inmediato (el día de hoy o lo antes posible). En ciertas situaciones y durante un período de tiempo específico después de su inscripción, podemos permitirle recibir atención de un proveedor que no sea un proveedor del panel de UnitedHealthcare Community Plan. Además, podemos permitirle continuar recibiendo los servicios que fueron autorizados por la tarifa de servicio de Medicaid. **Sin embargo, usted debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan antes de recibir los cuidados.** Si usted no nos llama, es posible que no pueda obtener los cuidados y/o su reclamación no pudiera ser pagada. Por ejemplo, usted debe llamar a Servicios para Miembros si tiene ya aprobados o programados los siguientes servicios:

- Trasplante de órganos, médula ósea o células madre hematopoyéticas
- Atención prenatal (embarazo) en el tercer trimestre, incluyendo el parto
- Cirugía para pacientes internados/ambulatorios
- Cita con un proveedor de cuidados primarios o de especialidad
- Quimioterapia o tratamientos de radiación
- Tratamiento posterior a ser dado de alta del hospital en los últimos 30 días
- Servicios dentales o de la visión que no son de rutina (por ejemplo, aparatos ortopédicos o cirugía)
- Equipo médico
- Servicios que recibe en su hogar, incluidos los servicios de salud en el hogar, terapias y enfermería

Después de que se inscriba, UnitedHealthcare Community Plan le informará si alguno de sus medicamentos actuales requiere de una autorización previa que anteriormente no requería cuando fueron pagados por la tarifa por servicio de Medicaid. Es muy importante que consulte la información que le proporciona UnitedHealthcare Community Plan y se comunique con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan si tiene alguna pregunta. También puede consultar el sitio en internet de UnitedHealthcare Community Plan myuhc.com/CommunityPlan para conocer si su(s) medicamento(s) requiere autorización previa. Es posible que tenga que hacer un seguimiento con la oficina del doctor que recetó el medicamento para poder presentar una solicitud de autorización previa a UnitedHealthcare Community Plan si es necesario. Si sus medicamentos requieren autorización previa, no puede obtenerlos hasta que su proveedor presente una solicitud a UnitedHealthcare Community Plan y esta sea aprobada.

Medicamentos de receta

Aún si UnitedHealthcare Community Plan cubre todos los medicamentos que son medicamentos necesarios cubiertos por Medicaid, nosotros empleamos una lista de medicamentos preferidos (PDL). Estos son los medicamentos que preferimos que su proveedor le recete. También podemos requerir que su proveedor nos envíe información (una solicitud de autorización previa) para explicar por qué es necesario un medicamento específico y/o cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud antes de que usted pueda obtener el medicamento. Las razones por las que podemos autorizar previamente un medicamento incluyen:

- Hay un medicamento genérico o una farmacia alterna que tiene el medicamento disponible.
- El medicamento puede ser empleado en forma equivocada o sujeto a un abuso.
- Hay otros medicamentos que deben ser empleados primero antes del medicamento solicitado.

Algunos medicamentos también tienen límites en su cantidad (número) y otros medicamentos nunca se cubren, tales como medicamentos para la pérdida de peso.

Si nosotros no aprobamos una solicitud para una previa autorización de un medicamento, le enviaremos información acerca de la manera en que usted puede presentar una apelación por la decisión que tomamos (lea la información a continuación).

Usted puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar información acerca de nuestra PDL y de los medicamentos que requieren de autorización previa. Usted también puede buscar esta información en nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan. Seleccione su plan. Después seleccione "Find a Drug". Por favor, note que nuestro PDL y la lista de medicamentos que requieren de autorización previa pueden cambiar; por eso es importante que usted y/o su proveedor chequen esta información cuándo usted necesite que le surtan o que le resurtan un medicamento.

Servicios que NO están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan no pagará por los servicios o suministros recibidos si no se siguen las direcciones estipuladas en este manual. UnitedHealthcare Community Plan no pagará por los siguientes servicios, los cuales no son cubiertos por Medicaid:

- Abortos, con la excepción de casos de violación, incesto y cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre
- Servicios de biorretroalimentación
- Todos los servicios o suministros que no son médicamente necesarios
- Servicios de asistencia al suicidio, definidos como aquellos servicios con el propósito de causar o asistir en la muerte de un individuo
- Servicios y procedimientos experimentales, incluyendo medicamentos y equipo, que no están cubiertos por Medicaid y que no están dentro de los acuerdos con las prácticas médicas comunes
- Servicios para la infertilidad para hombres y mujeres, incluyendo procedimientos para el reverso de esterilizaciones voluntarias

- Tratamiento como paciente hospitalizado para la dependencia a las drogas y/o al alcohol (servicios de desintoxicación como paciente internado en un hospital general están cubiertos)
- Pruebas de paternidad
- Cirugías plásticas o cosméticas que no son médicamente necesarias
- Servicios para el tratamiento de la obesidad a menos de que se determine que es médicamente necesario
- Servicios para determinar la causa de muerte (autopsia) o servicios relacionados a estudios forenses
- Servicios que son determinados por Medicare o por otra tercera entidad como servicios que no son médicamente necesarios
- Asesoría sexual o matrimonial
- Esterilización voluntaria si es menor de 21 años de edad o legalmente incapaz de consentir al procedimiento

Esta no es una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o por UnitedHealthcare Community Plan. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la cobertura de un determinado servicio, llame por favor a Servicios para Miembros al 1-800-895-2017, TTY 711, 7:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes.

Servicios para la administración de los cuidados

UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios de administración de atención que están disponibles para niños y adultos con necesidades especiales de atención médica.

- Si tiene un problema de salud crónico, como asma o diabetes, puede beneficiarse de nuestro programa de administración de la atención. El personal de UnitedHealthcare Community Plan, incluyendo a las enfermeras, los gerentes de atención y los trabajadores de extensión pueden contactarlo si usted o su doctor nos llaman para preguntar si nuestros programas de administración de atención o de administración de enfermedades podrían ayudarlo. Además, UnitedHealthcare Community Plan les brinda administración de la atención a los miembros que usan los servicios en una cantidad o frecuencia que excede la necesidad médica.
- El personal de UnitedHealthcare Community Plan revisará su historial de salud, social y mental y se asegurará de tener todo listo. Un equipo de enfermeras registradas y trabajadores sociales trabajará con usted, su familia, su PCP, otros proveedores de atención médica y recursos comunitarios para diseñar un plan de atención que satisfaga sus necesidades en el entorno más apropiado.
 - Crearemos un plan personalizado de atención de acuerdo a las necesidades individuales.
 - Coordinaremos con los miembros de la familia, los cuidadores y los proveedores de atención médica.
 - Lo ayudaremos a asegurarnos de que usted obtenga los servicios que puedan necesitar.

Si desea obtener más información acerca de nuestros programas para la administración de sus cuidados o para el manejo de las enfermedades, llámenos al 1-800-508-2581.

Servicios para Miembros

Servicios para Miembros puede ayudarlo con sus preguntas o inquietudes. Esto incluye:

- Comprender sus beneficios.
- Cómo acceder a la atención especializada.
- Cambio de PCP.
- Cómo presentar una queja o apelación.
- Si habla otro idioma que no sea inglés, podemos proporcionarle materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que pueda ayudarlo a comprender estos materiales.
- Los miembros deben llamar a Servicios para Miembros cuando haya un cambio en su información demográfica y si están embarazadas.

Póngase en contacto con Servicios para Miembros al 1-800-895-2017, TTY 711, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. – 7:00 p.m. para asistencia.

Beneficios de salud mental y tratamientos para trastornos del uso de sustancias

Los servicios de tratamiento de trastornos de uso de sustancias y salud mental están disponibles a través del plan. Estos servicios incluyen:

- Servicios médicos
- Tratamiento asistido por medicamentos para la adicción
- Medicamentos administrados por la oficina
- Pruebas psicológicas
- Tratamiento del día de salud mental
- Servicios de tratamiento para trastornos por uso de sustancias que incluyen apoyo de recuperación entre iguales, Hospitalización parcial y tratamiento residencial
- Servicio de comportamiento terapéutico
- Rehabilitación psicosocial
- Servicios de apoyo psiquiátrico comunitario

Además de estos servicios, también hay dos nuevos servicios disponibles: Tratamiento comunitario asertivo y Tratamiento intensivo en el hogar.

Si usted necesita de servicios para la salud mental y/o tratamientos para trastornos del uso de sustancias, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**. Usted también puede encontrar una lista de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan en nuestro sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan y en el directorio de proveedores.

Programa de servicios coordinados

UnitedHealthcare Community Plan brinda administración de la atención a los miembros que usan los servicios en una cantidad o frecuencia que excede la necesidad médica. Esto se hace para garantizar que reciba atención médica coordinada y de alta calidad. Si es elegido para ser parte de este programa, se le otorgará un administrador de atención. El administrador de atención se pondrá en contacto con usted antes de su fecha de inicio en el programa.

Si usted es parte del programa, recibirá una carta solicitándole que elija una farmacia y confirme a su PCP. Si no elige una farmacia dentro de los 30 días a partir de la fecha de envío de la carta, UnitedHealthcare Community Plan elegirá una farmacia de la red de acuerdo con lo siguiente:

- A dónde ha ido antes.
- Abierto las 24 horas, si es posible.
- Cerca de su casa.

Antes de su fecha de inicio con este programa, recibirá una nueva tarjeta de identificación que incluirá su farmacia y su PCP. Si necesita cambiar la farmacia en su tarjeta de identificación, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**. Las solicitudes de cambios de farmacia se revisarán de forma individual.

Aquellos elegidos para el programa recibirán más detalles por correo y se le notificará su derecho a una audiencia estatal.

Healthchek (Revisión de Salud)

Healthchek es el beneficio de exámenes, diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos (EPSDT). Healthchek cubre exámenes médicos, vacunas, educación de salud y pruebas de laboratorio a todas las personas elegibles para Medicaid menores de 21 años. Esos importantes exámenes son para asegurar que los hijos están saludables y se están desarrollando física y mentalmente. Las madres deben tener exámenes prenatales y los hijos deben tener exámenes al nacer, de 3 a 5 días después del nacimiento y a los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de edad. Después de eso, los hijos deben tener por lo menos un examen al año.

Healthchek también cubre exámenes médicos completos, de la visión, dentales, de audición, nutrición, desarrollo y de salud mental, además de otros cuidados para el tratamiento de condiciones físicas o mentales o otros problemas encontrados durante el examen. Algunas de las pruebas y servicios de tratamiento pueden requerir autorización previa.

Los servicios de Healthchek están disponibles sin costo alguno para los miembros e incluyen:

- Revisiones preventivas para recién nacidos, infantes, niños, adolescentes, adultos jóvenes de menos de 21 años de edad.
- Pruebas de Healthchek:
 - Exámenes médicos completos (con revisión del desarrollo físico y de salud mental)
 - Exámenes de la visión

- Exámenes dentales
- Exámenes de la audición
- Exámenes de la nutrición
- Exámenes del desarrollo
- Pruebas para el plomo
- Pruebas de laboratorio (exámenes apropiados para edad y sexo)
- Vacunas
- Tratamiento de seguimiento médicamente necesario después de problemas físicos, mentales u otros problemas de salud o anomalías que se hayan descubierto durante las pruebas. Esto podría incluir, pero no está limitado a, servicios como los siguientes:
 - visitas con un proveedor de atención primaria, especialista, dentista, optometrista y otros proveedores de UnitedHealthcare Community Plan para el diagnóstico y tratamiento de problemas o condiciones existentes
 - cuidados de salud en hospitales para pacientes internados o ambulatorios
 - visitas a clínicas
 - medicamentos de receta
- Educación de la salud

Es muy importante obtener revisiones y pruebas médicas para que sus proveedores puedan detectar de manera temprana cualquier problema de salud y puedan iniciar su tratamiento o para que se le refiera a un especialista para que sea tratado antes que esos problemas se vuelvan más serios. *Algunos servicios pueden requerir que se refieran por su PCP o que UnitedHealthcare Community Plan los autorice previamente.* Así mismo, para algunos productos o servicios de EPSDT, su proveedor puede necesitar solicitarlos a UnitedHealthcare Community Plan por ser cubiertos con limitaciones o no estar cubiertos para individuos que sean mayores de 20 años. Por favor consulte la página 26 donde se encuentra esta información para ver qué servicios requieren una referencia y/o autorización previa.

Como parte de Healthchek, se encuentran disponibles servicios de administración de cuidados para todos los miembros que tengan necesidades especiales de cuidados de salud y que tengan menos de 21 años de edad. Por favor consulte la página 38 para conocer acerca de los servicios de administración de atención que ofrece UnitedHealthcare Community Plan.

El miembro puede obtener servicios de Healthchek por:

- Llamar a su PCP y dentista para programar citas para chequeos regulares (asegúrese de solicitar un examen de Healthchek cuando llame al PCP), o por
- Llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para acceder a la atención, incluso encontrar un proveedor o hacer una cita; servicios cubiertos; transporte; autorizaciones previas; referencias para Mujeres, Infantes y Niños (WIC), Help Me Grow, Oficina para Niños con Discapacidades Médicas (BCMH), Head Start, y servicios comunitarios tales como comida, asistencia de calefacción, etc.

Para elegir un proveedor de atención primaria (PCP)

Cada miembro de UnitedHealthcare Community Plan debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) del directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Su PCP es un médico individual, una práctica de grupo de médicos, una enfermera de práctica avanzada o una práctica de grupo de enfermeras de práctica avanzada capacitadas en obstetricia/ginecología (OB/GYN), medicina familiar (práctica general), medicina interna o pediatría.

Su PCP trabajará con usted para dirigir su atención médica. Su PCP realizará sus chequeos y vacunas y lo tratará para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Si es necesario, su PCP lo enviará a otros médicos (especialistas) o lo admitirá en el hospital.

Usted puede llamar a su PCP llamando por teléfono a las oficinas de los PCP. El nombre y número de su PCP está anotado en su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Cambio de PCP

Si por alguna razón usted desea cambiar de PCP, su primera llamada debe ser al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar el cambio. Los miembros pueden cambiar de PCP mensualmente. Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento que lo desee. El cambio de PCP que toma lugar durante el primer mes de iniciar la membresía será efectivo con fecha del día en que se hizo la solicitud. Si usted solicita un cambio de PCP después del primer mes de empezar su membresía, el cambio tomará lugar el primer día del siguiente mes.

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una nueva tarjeta de identificación para dejarle saber que su PCP ha cambiado y la fecha en que usted puede empezar a consultar con el nuevo PCP.

Para conocer los nombres de los PCP dentro de UnitedHealthcare Community Plan, consúltelos en su Directorio de Proveedores o acuda a nuestro sitio en la Internet en myuhc.com/CommunityPlan, o usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al 1-800-895-2017 (para personas que necesitan ayuda por tener discapacidad auditiva llame al: 711).

Sus derechos como miembro

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene los siguientes derechos:

- A recibir toda la información y todos los servicios que UnitedHealthcare Community Plan debe proveerle.
- A ser tratado con respeto y de acuerdo a la dignidad y a la privacidad que merece.
- A recibir la seguridad de que toda la información contenida en su expediente médico será mantenida privada.
- A recibir información acerca del estado de su salud. Esta información también debe estar disponible para la(s) persona(s) a las cuales usted ha designado legalmente para conocer esta información o a quienes usted nombra para que puedan ser contactadas en caso de una emergencia cuando no es en el mejor de los intereses para su salud que sea usted el recipiente de la información.
- A tomar parte en las decisiones acerca de su salud a menos de que esto no sea en el mejor de sus intereses.
- A obtener información sobre cada tratamiento médico, en una forma que sea comprensible para usted.
- A estar seguro que ninguna otra persona puede oír o verlo cuando usted se encuentra recibiendo cuidados médicos.
- A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión por razones de fuerza, disciplina, comodidad, o represalias tal y como se explica en las regulaciones Federales.
- A pedir y obtener una copia de su expediente médico y solicitar que el expediente pueda cambiarse o enmendarse si es necesario.
- A estar de acuerdo o negarse a la divulgación de cualquier información personal, a menos que se trate de información que UnitedHealthcare Community Plan tiene que comunicar por estipulaciones de la ley.
- A negarse a recibir cualquier tratamiento o terapia. Si usted se niega, el doctor o MCP debe hablar con usted acerca de las consecuencias de su negación y registrar esta negación en su expediente médico.
- A presentar una apelación, una reclamación (queja) o solicitar una audiencia estatal. Para mayor información, vea la página 45 de este manual
- A obtener de MCP toda la información de miembro del MCP por escrito:
 - Sin costo para usted;
 - En un idioma que no sea inglés si es el idioma prevalente de los miembros en el área de servicio de MCP;
 - De otras formas, para ayudar a las necesidades especiales de los miembros que puedan tener dificultad por cualquier razón para leer esta información.
- A poder obtener ayuda gratuita de UnitedHealthcare Community Plan y de sus proveedores si usted no habla inglés o requiere de ayuda para comprender esta información.
- A poder obtener ayuda con el lenguaje a señas si usted tiene una discapacidad auditiva.
- A saber si el proveedor de cuidados es un estudiante y a rehusar tratamiento si lo desea.

- A conocer si cualquier cuidado de salud que usted recibe sea experimental y rehusarlo por no querer ser parte de ello.
- A formular directivas anticipadas (testamento en vida). Consulte las páginas 71, en donde se explica el significado de directivas anticipadas.
- A presentar una queja sobre la falla de cumplimiento con su directiva anticipada con el Departamento de Salud (Ohio Department of Health).
- El derecho a una discusión franca sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente de la cobertura de costo o beneficio.
- El derecho a hacer recomendaciones con respecto a los derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
- A cambiar su Proveedor de Atención Primaria (PCP) por otro PCP que pertenezca al panel de UnitedHealthcare Community Plan por lo menos una vez al mes. UnitedHealthcare Community Plan tiene que enviar una notificación que indique quien es el nuevo PCP y la fecha en que comenzó el cambio.
- A sentirse libre de ejercer sus derechos y a conocer que el MCP, los proveedores del MCP, u el Ohio Department of Medicaid no se lo reprocharán.
- A conocer que el MCP debe apegarse a todas las leyes federales y estatales, así como a las leyes de la privacidad que sean aplicables.
- A poder escoger al proveedor para recibir los cuidados de salud cuando sea posible y apropiado.
- Si usted es una mujer, poder acudir a un proveedor de salud para mujeres dentro del panel de UnitedHealthcare Community Plan para los servicios cubiertos de salud dedicados a las mujeres.
- A poder obtener una segunda opinión de un proveedor calificado, parte del panel de UnitedHealthcare Community Plan. Si un proveedor calificado no puede verle a usted, UnitedHealthcare Community Plan debe concertar una cita para que usted consulte con un proveedor aun cuando no forma parte de nuestro panel.
- A obtener información de nosotros acerca de UnitedHealthcare Community Plan.
- Para comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio y/o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en las direcciones a continuación con cualquier queja de discriminación basada en raza, color, religión, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, estado militar, información genética, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

The Ohio Department of Medicaid
 Office of Human Resources, Employee Relations
 P.O. Box 182709
 Columbus, Ohio 43218-2709
 Correo electrónico: EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov
 Fax: 614-644-1434

Office for Civil Rights
 United States Department of Health and Human Services
 233 N. Michigan Ave., Suite 240
 Chicago, Illinois 60601
 Teléfono: 312-886-2359, TTY 312-353-5693

Cómo puede usted dejarle saber a UnitedHealthcare Community Plan que no está satisfecho o que no está de acuerdo con alguna decisión que hemos tomado – Apelaciones y quejas

Si usted se encuentra insatisfecho con cualquier cosa acerca de UnitedHealthcare Community Plan o con alguno de sus proveedores, debe ponerse en contacto con nosotros tan pronto como sea posible. Esto incluye cuando usted esté en desacuerdo con alguna decisión que hayamos tomado. Usted o alguien a quien usted nombre para hablar con nosotros puede contactarnos. Si usted desea que alguien hable por usted, debe informarnos. UnitedHealthcare Community Plan quiere que usted nos llame para que podamos ayudarle. Para llamarnos usted puede:

- Llamar a Servicios para Miembros al 1-800-895-2017; TTY 711, o
- Llenar la forma en su manual para miembro, o
- Llamar a Servicios para Miembros para solicitar que se le envíe una forma, o
- Visitar a nuestro sitio en Internet myuhc.com/CommunityPlan, o
- Escribir una carta informando cual es la razón por la cual se encuentra insatisfecho. Asegúrese de poner su nombre completo, el número que se encuentra al frente de su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan y su dirección y número de teléfono enviar cualquier otra información que ayude a explicar cuál es el problema.

Envíe por correo la carta a:

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

UnitedHealthcare Community Plan le dejará saber por escrito cuando lleguemos a una decisión como:

- negar su petición para cubrir el servicio;
- reducir, suspender o detener el servicio antes de que usted reciba todos los servicios que fueron aprobados; o
- negar el pago por el servicio que usted recibió que no está cubierto por UnitedHealthcare Community Plan.

También le enviaremos por escrito, en caso de no haberlo hecho en la fecha en que debíamos, lo siguiente:

- llegar a una decisión para aprobar o no cubrir un servicio para usted, o
- darle respuesta a su comunicación informando que no está satisfecho acerca de ello.

Si usted no está de acuerdo con la decisión/acción especificada en la carta, y se pone en contacto con nosotros **dentro de 60 días calendarios** para solicitar que cambiemos nuestra decisión/acción, esto se llama una **apelación**. El período de 60 días calendarios comienza el día después de la fecha de envío de la carta. Si tomamos la decisión de reducir, suspender o suspender los servicios antes de recibir todos los servicios que fueron aprobados, su carta le informará cómo puede continuar recibiendo los servicios si elige y cuándo tendrá que pagar los servicios.

A menos que le decimos a una fecha diferente, le daremos una respuesta a su apelación por escrito dentro de los 15 días calendarios a partir de la fecha que nos contacte. Si no cambiamos nuestra decisión o acción como resultado de su apelación, le notificaremos su derecho a solicitar una audiencia estatal. **Solo puede solicitar una audiencia estatal después de haber pasado por el proceso de apelación de UnitedHealthcare Community Plan.**

Si usted nos llama porque está insatisfecho con UnitedHealthcare Community Plan o con alguno de sus proveedores por alguna razón, se le llama presentar una **queja**. UnitedHealthcare Community Plan le dará por teléfono (o por correo si no podemos encontrarlo llamando por teléfono) una respuesta a su queja de acuerdo a los siguientes periodos de tiempo:

- 2 días hábiles por quejas por no poder obtener atenciones médicas.
- 30 días calendario por todas las demás quejas excepto quejas relativas a facturas por cuidados que ha recibido.
- 60 días calendario por quejas relativas a facturas por cuidados que ha recibido.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión ya sea para una apelación o una queja, le enviaremos una carta para informarle que debemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Esa carta también explicará por qué necesitamos más tiempo. Si cree que necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre su apelación o queja, también puede solicitarnos que tomemos hasta 14 días calendario. También tiene derecho a presentar una queja **en cualquier momento** comunicándose con:

Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709

1-800-605-3040 o 1-800-324-8680
TTY 1-800-292-3572

Ohio Department of Insurance
50 W. Town Street
3rd Floor – Suite 300
Columbus, Ohio 43215

1-800-686-1526

Audiencias estatales

Una Audiencia Estatal es una reunión con usted o su representante autorizado, una persona del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado, una persona de UnitedHealthcare Community Plan y un oficial de audiencia de la Oficina de Audiencias Estatales dentro del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS). En esta reunión, explicará por qué usted piensa que UnitedHealthcare Community Plan no tomó la decisión correcta y UnitedHealthcare Community Plan explicará los motivos de nuestra decisión. El oficial de audiencias escuchará y luego decidirá quién está correcto según las reglas y la información proporcionada.

UnitedHealthcare Community Plan le informará acerca de su derecho a solicitar una audiencia estatal si:

- no cambiamos nuestra decisión o acción como resultado de su apelación
- se toma una decisión para proponer la inscripción o continuar la inscripción en el Programa de Servicios Coordinados de UnitedHealthcare Community Plan
- se toma la decisión de denegar su solicitud para cambiar su proveedor del Programa de Servicios Coordinados de UnitedHealthcare Community Plan.

Si desea tener una audiencia estatal, usted o su representante autorizado deben solicitar la audiencia dentro de **120 días calendario**. El período de 120 días calendario comienza el día posterior a la fecha de envío en la forma de la audiencia. Si su apelación fue sobre una decisión para reducir, suspender o terminar servicios antes de que se reciban todos los servicios aprobados, su carta le informará cómo puede seguir recibiendo esos servicios si así lo elige y cuándo deberá pagar por esos servicios. Si proponemos inscribirlo en el Programa de Servicios Coordinados de UnitedHealthcare Community Plan y usted solicita la audiencia dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de envío en la forma, no lo inscribiremos en el programa hasta que la decisión de la audiencia se haya obtenido.

Para solicitar una audiencia, puede firmar y remitir la forma de audiencia estatal a la dirección o enviarla por fax al número que se anota en la forma, puede llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748 o enviar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. Si desea información acerca de servicios legales gratuitos pero no conoce el número de su oficina local de ayuda legal, puede llamar a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al 1-800-589-5888 y obtener un número local. **Solo puede solicitar una audiencia estatal después de haber pasado por el proceso de apelación de UnitedHealthcare Community Plan.**

Las decisiones de las audiencias estatales por lo general se obtienen en no más de 70 días calendario después de que se ha recibido la solicitud. Sin embargo, si el MCP o la Oficina de Audiencias Estatales decide que la condiciones de su salud llenan los requisitos para tener una decisión acelerada, la decisión se tomará tan pronto como sea posible pero no más tarde de tres días hábiles de trabajo después de recibir la solicitud. Las decisiones aceleradas son para situaciones en donde el período estándar podría poner en serio peligro la vida o la salud o la habilidad para alcanzar, mantener o ganar de nuevo una máxima función.

Servicios de emergencia

Los servicios de Emergencia son servicios para problemas que le hacen pensar que son de tal seriedad que deben ser atendidos de inmediato por un doctor. Nosotros cubrimos los servicios de emergencia en lugares dentro y fuera del condado donde usted vive. Algunos ejemplos de cuando usted necesita de servicios de emergencias incluyen lo siguiente:

- Abortos/embarazos en que hay sangrado
- Ataques cardiacos
- Dolor severo en el pecho
- Sangrado severo que no se detiene
- Dificultad seria para respirar
- Posibilidad de un derrame cerebral
- Salud mental: Amenazas de suicidio, homicidio o lesiones autoinfligidas, manía o psicosis que necesitan de atención médica inmediata

Usted no tiene que llamar a UnitedHealthcare Community Plan para obtener autorización para recibir servicios de emergencia. Si usted tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias MÁS CERCANA o a cualquier otra institución apropiada.

Si usted no está seguro si necesita acudir a una sala de emergencias, llame a su Proveedor de Atención Primaria o a nuestra Línea de Enfermeras las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-800-542-8630 (TTY 1-800-855-2880). Su PCP o una representante de la Línea de Enfermeras hablarán con usted acerca de su problema médico y le darán consejos acerca de lo que usted debe hacer.

Recuerde, si usted necesita servicios de emergencia:

- Acuda a la sala de emergencias en el hospital más cercano o a cualquier otro sitio que sea apropiado. Asegúrese de informar que usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan y muestre su tarjeta de identificación.
- Si el proveedor que le está dando tratamiento para la emergencia piensa que usted necesita de otros cuidados médicos para tratar el problema que causó la emergencia en primer lugar, el proveedor debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan.
- Usted debe llamar a su Proveedor de Atención Primaria tan pronto como sea posible después que la emergencia esté bajo control.
- Si es usted hospitalizado, por favor asegúrese de llamar a UnitedHealthcare Community Plan dentro de las primeras 24 horas.

Lesiones accidentales o enfermedades (subrogación)

Si un miembro de UnitedHealthcare Community Plan tiene que consultar con un doctor debido a una lesión o enfermedad que fue causada por otra persona o negocio, usted debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos. Por ejemplo, si usted ha sido lesionado en un accidente de automóvil o mordido por un perro o si usted se cae y se lastima dentro de una tienda, entonces otra compañía de seguros puede tener que pagar los honorarios y/o las cuentas de hospital. Cuando usted llame, nosotros necesitamos el nombre de la persona responsable, el nombre de la otra compañía de seguros y los nombres de los abogados en el caso.

Otros seguros médicos (Coordinación de Beneficios – COB)

Si usted o alguien de su familia tiene seguro de salud con otra compañía, es muy importante que llame al departamento de Servicios para Miembros y al trabajador social del condado sobre el seguro. Por ejemplo, si trabaja y tiene seguro médico o si sus hijos tienen seguro médico a través de su otro padre, entonces debe llamar al departamento de Servicios para Miembros para darnos la información. También es importante llamar a Servicios para Miembros y al trabajador social del condado si ha perdido el seguro médico que había informado anteriormente. No darnos esta información puede causar problemas para recibir atención y facturas.

Notificación de pérdida de seguro (Certificado de cobertura acreditable)

En cualquier momento que usted pierde su seguro médico, usted recibirá una notificación de la compañía, conocida como certificado de cobertura acreditable, con la que tenía el seguro que dice que ya no tiene seguro. Es importante que usted guarde copia de esta notificación porque puede necesitar enseñarla posteriormente.

Pérdida de elegibilidad de Medicaid

Es importante que mantenga sus citas con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado. Si no se presenta a una visita o no les da la información que solicitan, puede perder su elegibilidad para Medicaid. Si esto sucediera, a UnitedHealthcare Community Plan se le indicará que suspenda su membresía como miembro de Medicaid y usted ya no estará cubierto por UnitedHealthcare Community Plan.

Reanudación automática de su membresía a MCP

Si usted pierde su elegibilidad a Medicaid, pero la reanuda antes de 90 días, usted vuelve automáticamente a ser miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Para cancelar su membresía con MCP

Como miembro de un plan de atención administrada, usted tiene el derecho de terminar su membresía en ciertos momentos del año. Puede optar por terminar su membresía durante los primeros tres meses de su membresía o durante el mes anual de inscripción abierta para su área. El Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información por correo para informarle cuándo será el mes anual de inscripción abierta para usted. Si vive en un área de inscripción obligatoria, deberá elegir otro plan de atención administrada para recibir su atención médica.

Si desea terminar su membresía durante los primeros tres meses de su membresía o durante el mes de inscripción para su área, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680; TTY 1-800-292-3572. También puede enviar una solicitud por internet a Medicaid en la dirección www.ohiomh.com. La mayoría de las veces, si llama antes de los últimos 10 días del mes, su membresía se terminará el primer día del mes siguiente. Si llama después, su membresía no terminará hasta el primer día del mes siguiente. Si elige otro plan de atención administrada, su nuevo plan le enviará información por correo antes de la fecha de inicio de su membresía.

Para escoger un nuevo plan

Si usted está pensando en cambiar a otro plan de atención administrada, debe conocer cuáles son sus opciones, especialmente si desea conservar los doctores que actualmente tiene. Recuerde, cada plan tiene su propia lista de doctores y hospitales a los cuales se le permite consultar. También, cada plan tiene información impresa que explica cuáles son los beneficios que ofrece y las reglas que le rigen. Si usted desea tener esa información del plan al que piensa suscribirse y la quiere por escrito o simplemente tiene preguntas acerca del MCP, usted puede llamar al plan o llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680; TTY 1-800-292-3572. También puede encontrar información acerca de los planes de salud en su área visitando el sitio de Medicaid en Internet en www.ohiomh.com.

Terminación de su membresía con causa justificada

A veces existen razones especiales para la terminación de su membresía en el plan de salud. A esto se le llama “terminación por causa justificada”. Antes de solicitar la terminación de su membresía por una causa justificada, debe primero llamar a UnitedHealthcare Community Plan y darnos una oportunidad para resolver la cuestión. Si nosotros no podemos resolver el problema, usted puede solicitar una terminación en el momento por las siguientes razones:

1. Se muda y su MCP actual no está disponible donde usted vive ahora y debe recibir atención médica que no sea de emergencia en su nueva área antes de que termine su membresía del MCP.
2. El MCP no cubre el servicio médico que usted requiere por objeciones morales o religiosas.
3. Su doctor ha dicho que algunos de los servicios que usted requiere deben llevarse a cabo simultáneamente y algunos de esos servicios no están disponibles en su panel del MCP.
4. Usted está preocupado porque considera que no está recibiendo la calidad necesaria en los cuidados y servicios y estos no se encuentran disponibles con otro proveedor en su panel del MCP.
5. No tiene acceso a todos los servicios cubiertos por Medicaid que son médicamente necesarios o no tiene acceso a proveedores con experiencia en los cuidados de salud especializados que usted necesita.
6. El PCP que usted escogió ya no se encuentra en el panel del MCP y él o ella era el único PCP en el panel del MCP que hablaba su idioma y se localizaba a una distancia razonable de donde usted vive. Otro plan de salud tiene un PCP en el panel que habla su idioma y está localizado a una distancia razonable de usted y dice que lo aceptará como paciente.
7. Otra razón — si usted piensa que permaneciendo como miembro en el plan de salud actual sería dañino para usted y eso no es en el mejor de sus intereses.

Usted puede solicitar cambiar su membresía por causa justificada llamando a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). El Ohio Department of Medicaid revisará su petición para cambiar su membresía por causa justificada y decidirá si llena los requisitos de ser una causa justificada. Usted recibirá una carta por correo comunicándole si el Ohio Department of Medicaid cambiará su membresía actual y la fecha que termina. Si usted vive en un área con inscripción mandatoria, usted tendrá que escoger otro plan de administración de cuidados para continuar recibiendo cuidados de salud, a menos que el Ohio Department of Medicaid le diga diferente. Si su petición con causa justificada es negada, el Ohio Department of Medicaid le enviará una información de sus derechos para apelar la decisión ante una audiencia ante el estado.

Cosas que usted debe tener en mente si cambia su membresía

Si usted ha seguido alguno de los pasos para cambiar su membresía arriba descritos, recuerde:

- Continúe consultando con los doctores de UnitedHealthcare Community Plan y otros proveedores hasta el inicio con su nueva membresía de plan de salud o cuando usted se encuentre de nuevo regularmente inscrito en Medicaid.
- Si escogió un nuevo MCP y no ha recibido aún su tarjeta de identificación del nuevo plan antes del primer día del mes cuando se inicia el nuevo plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Si ellos no pueden ayudarle, llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572).
- Si se le permitió volver a la tarjeta regular de Medicaid y no ha recibido una nueva tarjeta de Medicaid, llame al asistente social de su condado.
- Si ha elegido un nuevo MCP y tiene programadas visitas médicas, llame a su nuevo plan para asegurarse de que estos proveedores estén en la lista de proveedores del nuevo plan y de que se lleven a cabo todos los trámites necesarios. Algunos ejemplos de cuándo debe llamar a su nuevo plan incluyen: *cuando tiene una cita para ver a un nuevo médico, una cirugía, un análisis de sangre o una radiografía programada y, especialmente, si está embarazada.*
- Si se le permitió volver a Medicaid regular y tiene programadas visitas médicas, llame a los proveedores para asegurarse de que tomarán la tarjeta regular de Medicaid.

Terminaciones de membresías opcionales

Tiene la opción de no ser miembro de un plan de cuidados administrados si:

- Cualquier persona que es miembro de una tribu de Nativos Americanos reconocida por el gobierno federal, sin importar la edad que tenga.
- Personas que reciben servicios de exención basados en el hogar y la comunidad a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio.

Si considera que usted o su hijo cumplen con alguno de los criterios anteriores y no desea ser miembro de un plan de cuidados administrados, puede llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Si alguien cumple con los criterios anteriores y no desea ser un miembro de un MCP, su membresía finalizará.

Excluidos — Personas no se les permite inscribirse en un plan de administración de cuidados de Medicaid.

- Personas con elegibilidad doble para los programas de Medicaid y Medicare;
- Personas que se encuentren internadas (en una casa de reposo y no sean elegibles bajo la categoría Adult Extension, en instituciones para cuidados de salud a largo plazo, ICF-IID o en alguna otra clase de institución); o
- Personas recibiendo servicios de exención de Medicare y que no son elegibles bajo la categoría de Adult Extension.

** Si es elegible para Medicaid en la categoría de Extensión para adultos, recibirá los servicios de su casa de reposo a través del Plan de cuidados administrados. Además, los miembros de Extensión para adultos aprobados para servicios de exención permanecerán en el Plan de cuidados administrados.*

Si usted cree que llena los requisitos de los criterios arriba mencionados y piensa que no debería ser miembro de un plan de administración de los cuidados, debe llamar a la línea directa de Medicaid al 1-800-324-8680 (TTY 1-800-292-3572). Si usted llena el criterio arriba mencionado, su membresía a MCP será terminada.

¿Puede UnitedHealthcare Community Plan terminar mi membresía?

UnitedHealthcare Community Plan puede solicitar a Ohio Department of Medicaid terminar su membresía por varias razones. El Ohio Department of Medicaid tiene que aprobar la solicitud antes de que su membresía es terminada.

Las razones por las cuales UnitedHealthcare Community Plan puede solicitar que su membresía se termine son:

- Por fraude o por el uso incorrecto de su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan.
- Por un comportamiento incorrecto o por falta de cooperación hasta el grado que afecte la habilidad de proveer beneficios a usted y/o a otros miembros.

UnitedHealthcare Community Plan provee los servicios a nuestros miembros por un contrato que UnitedHealthcare Community Plan tiene con el Ohio Department of Medicaid. Si usted quiere contactar al Ohio Department of Medicaid, por favor escriba a:

Ohio Department of Medicaid
Office of Managed Care
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709
Teléfono: 1-800-324-8680
TTY: 1-800-292-3572

Usted también puede visitar el sitio en Internet del Ohio Department of Medicaid en www.medicaid.ohio.gov.

Usted puede contactar a UnitedHealthcare Community Plan para obtener cualquier información que quiera incluyendo la estructura y operación de UnitedHealthcare Community Plan y como pagamos a nuestros proveedores. Si usted quiere comunicarnos cualquier idea que tenga acerca de posibles cambios que nosotros pudiéramos llevar a cabo, por favor llame a Servicios para Miembros al 1-800-895-2017, TTY 711.

Servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted continuará recibiendo todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid sin ningún costo para usted.

Beneficios	Cobertura
Acupuntura	Limitado al manejo del dolor de cabeza debido a migrañas y a dolor en la parte baja de la espalda. Hay un límite de 30 visitas a menos que sea médicamente necesario.
Transporte de ambulancia y ambuleta	Cubierto para situaciones de emergencia tanto dentro como fuera de la red.
Servicios de partera enfermera certificada	Cubierto
Servicios enfermera practicante certificada	Cubierto
Servicios de quiropráctica (espalda)	Cubierto; 30 visitas por año calendario para miembros menores de 21 años a menos que sea médicamente necesario. 15 visitas por año calendario para miembros de 21 años o mayores.
Servicios dentales	Cubierto; dos exámenes y dos limpiezas por año calendario, radiografías, empastes, extracciones simples, dentaduras completas y parciales, anestesia general y conductos radiculares anteriores (dientes frontales). Algunos procedimientos requieren autorización previa.
Servicios de terapia del desarrollo para niños de nacimiento hasta los seis años	Cubierto; puede requerir autorización previa.
Servicios de diagnóstico (radiografías, análisis de laboratorio)	Cubierto; Pruebas diagnósticas y de laboratorio cubiertas con el proveedor de Par. Algunas pruebas pueden requerir una autorización previa.

Beneficios	Cobertura
Equipos médicos duraderos (DME)	<p>La mayoría de los artículos de DME por menos de \$500 serán cubiertos con una receta a un proveedor participante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aplican exclusiones, consulte la tabla de autorizaciones para DME. Las pelucas no son un servicio cubierto. <ul style="list-style-type: none"> – Dentro de la red: bombas de mama cubiertas como DME. No se requiere autorización para los proveedores de DME dentro de la red. – Fuera de la red: se requiere autorización.
Servicios de emergencia	Cubierto; servicios para un problema médico que usted piensa que es tan grave que debe ser tratado de inmediato por un médico.
Servicios y suministros para la planeación familiar	Cubierto
Servicios de centros de maternidad independientes en un centro de maternidad independiente	Llame a Servicios para Miembros para localizar una clínica calificada.
Centro de Salud Federalmente Calificado o servicios de Clínica de Salud Rural	Cubierto
Servicios de salud en el hogar	Cubierto; puede requerir autorización previa.
Cuidados de hospicio (cuidados para enfermos terminales, por ejemplo pacientes con cáncer)	Se requiere autorización previa para alojamiento y comida.
Servicios para pacientes hospitalizados	Se requiere autorización previa para las admisiones electivas.
Suministros médicos	Cubierto; puede requerir una autorización previa.

Beneficios	Cobertura
Servicios de salud mental y tratamientos para trastornos del uso de sustancias	<p>Cubierto; llame al Servicios para Miembros para encontrar un centro/proveedor calificado o autorreferirse directamente a un centro comunitario de salud mental certificado o un centro de tratamiento certificado del Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción de Ohio (OhioMHAS).</p> <p>A partir de julio de 2018, se cubrirá lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento comunitario asertivo (ACT) para miembros mayores de 18 años. • Tratamiento intensivo basado en el hogar (IHBT). Este servicio es para personas de 18 años o menores, sin embargo, en algunas circunstancias, puede estar disponible para miembros de entre 18 y 21 años. • Tratamiento integral de adicción, incluidos los servicios de hospitalización residencial y parcial.
Servicios de un centro de enfermería	<p>Cubierto a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio determine que el miembro regresará a la tarifa por servicio.</p>
Servicios obstétricos y servicios ginecológicos (cuidados de maternidad — prenatal y posparto incluyendo servicios de atención para el embarazo de riesgo) y servicios ginecológicos	<p>Cubierto</p>
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<p>Cubierto</p>
Terapia física y ocupacional	<p>Cubierto</p>
Examen físico necesario para el empleo o la participación en programas de capacitación laboral	<p>Cubierto si el examen no se proporciona de forma gratuita por otro recurso.</p>
Servicios de podología (pies)	<p>Cubierto en la red — no se requiere autorización previa para las visitas; ciertos procedimientos pueden requerir autorización previa.</p> <p>PCP Gold Star — no se requiere autorización previa.</p>

Beneficios	Cobertura
Medicamentos recetados, incluyendo ciertos medicamentos de venta libre	Cubierto; puede requerir autorización previa.
Exámenes mamografía preventiva (mama) y para el cáncer cervical (prueba de Papanicolaou)	Cubierto
Servicios del Proveedor de Atención Primaria	Cubierto
Radiología (MRI, CT y estudios nucleares)	Cubierto; puede requerir autorización previa.
Diálisis renal (enfermedad renal)	Cubierto
Servicios de descanso	<p>Cubierto:</p> <p>Criterios de elegibilidad de beneficio de respiro El Departamento de Medicaid de Ohio ha establecido reglas para este beneficio, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vive con su cuidador principal no remunerado en una casa o apartamento. No en cuidado de crianza. • Debe estar trabajando con un administrador de atención del plan. • Requiere servicios especializados al menos una vez por semana. • Ha recibido al menos 14 horas por semana de servicios de asistente de salud en el hogar durante al menos seis meses antes de solicitar servicios de respiro • Niños elegibles para Medicaid menores de 21 años que se han determinado elegibles para Ingresos de Seguridad Social para niños con discapacidades • Adultos discapacitados desde niños menores de 21 años y recibir Seguridad de Ingreso Suplementario por Incapacidad también son elegibles para el respiro. • Miembro de 21 años o mayores: no cubierto.

Beneficios	Cobertura
Evaluación y asesoramiento para la obesidad	Cubierto
Servicios para niños con Discapacidades médicas (Título V)	Cubierto
Inyecciones (inmunizaciones)	Cubierto
Servicios de especialistas	Cubierto dentro de la red en la mayoría de los casos.
Servicios del habla y de audición, inclusive aparatos auditivos	Cubierto
Servicios para la visión (ópticos), incluyendo anteojos	Cubierto; Todos los miembros pueden recibir un examen de la vista cada 12 meses. También tienen una opción de anteojos con hasta \$25 para marcos comerciales o hasta \$150 para cualquier tipo de contacto (debe usarse al mismo tiempo) cada 12 meses.
Revisiones de bienestar (Healthchek) para niños menores de 21 años de edad	Cubierto; exámenes médicos, de la vista, dentales, auditivos, nutricionales, del desarrollo y del comportamiento, vacunas (vacunas), educación para la salud y exámenes de laboratorio, además de otros cuidados para tratar problemas o condiciones físicas, conductuales u otras encontrado por un examen.
Exámenes anuales de buena salud para adultos	Cubierto
Ambulancia aérea	Cubierto

Su doctor debe llamar al departamento de Administración de Utilización de UnitedHealthcare Community Plan al 1-800-366-7304 para obtener aprobación para algunos servicios.

Si debe viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios de atención médica cubiertos, UnitedHealthcare Community Plan brindará transporte hacia y desde la oficina del proveedor. Comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare al 1-800-895-2017, TTY 711, con 2 días de anticipación (a menos que el transporte sea para el alta hospitalaria) para programar su transporte o para recibir asistencia.

Además de la asistencia de transporte que proporciona UnitedHealthcare Community Plan, los miembros pueden seguir recibiendo asistencia para el transporte de ciertos servicios a través del programa de servicios de trabajo y servicios del departamento local del condado para transporte no relacionado con emergencias (NET). Llame al departamento de trabajo y servicios familiares de su condado para preguntas o asistencia con los servicios NET.

Beneficios adicionales

UnitedHealthcare Community Plan también les ofrece a sus miembros los siguientes servicios y/o beneficios extras.

Programas de bienestar

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

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

Su proveedor podrá sugerir uno de estos programas para usted. Si quiere recibir más información o encontrar un programa cerca de donde vive, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**.

Healthify

El programa Healthify de UnitedHealthcare se emplea cuando las necesidades de salud y seguridad de una persona requieren de la asistencia de programas de apoyo comunitario. Aquí es cuando el programa Healthify de UnitedHealthcare puede fácilmente ser de ayuda. Llamando a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**, nuestros miembros pueden conocer acerca de este programa e inscribirse en los programas que les ahorren dinero en cosas como: alimentos, asistencia legal, casa-habitación, descuentos en los servicios públicos, servicio de teléfono celular gratuito, cuidados para adultos y niños durante el día y otros programas para los servicios sociales.

Herramientas inteligentes para la salud

- Los miembros pueden visitar myuhc.com/CommunityPlan para ayudar a la administración de su salud. Este sitio guarda los records de su salud. Educa sobre cómo trabajar junto con su doctor. Ellos también pueden revisar sus visitas futuras.
- Los miembros pueden obtener aplicaciones a través de sus teléfonos de última generación. Estas aplicaciones le ayudarán a dar seguimiento a sus metas de salud y a encontrar a un doctor.
- Community Services Connect — Es un programa en internet. El programa ayuda a los miembros a encontrar servicios cerca de donde viven.
- Lifeline — Algunos miembros pueden participar en un programa de gobierno para los beneficios que les brinda servicios telefónicos con descuentos mensuales para aquellos consumidores con bajos ingresos que sean elegibles. Visite el sitio en internet en www.lifelinesupport.org o llame al 1-888-641-8722.

Healthy First Steps™

Nuestro programa Healthy First Steps asegura que ambos, madre y bebé, reciben una buena atención médica.

Nosotros le ayudaremos a:

- Obtener un buen asesoramiento acerca de la nutrición, el buen estado físico y la seguridad.
- Obtener suministros, incluyendo extractores para leche materna para las madres que dan el pecho.
- Escoger a un doctor o una enfermera o a una partera.
- A programar sus visitas y exámenes médicos.
- A concertar el transporte a sus citas médicas.
- Conectar con los recursos de la comunidad tales como los servicios de Women, Infants and Children (WIC).
- Obtener cuidados de salud para su bebé recién nacido.
- Escoger a un pediatra (doctor para niños).
- Encontrar información acerca de la planeación familiar.

Llámenos gratuitamente al **1-877-813-3417, TTY 711**, de lunes a viernes — de las 7:00 a.m. a las 6:00 p.m. Tiempo del Centro.

Es importante iniciar los cuidados de su embarazo de manera temprana. Asegúrese de asistir a todas sus citas, aun si este bebé no es su primer bebé.

UnitedHealthcare Health4Me®

UnitedHealthcare Community Plan tiene una nueva aplicación para los miembros. Se llama Health4Me. Esta aplicación está disponible a través de Apple® o de Android® para tabletas y teléfonos celulares de última generación. Health4Me simplifica:

- Encontrar un doctor, una sala de emergencias o un centro de cuidados urgentes cerca de usted.
- Ver su tarjeta de identificación.
- Leer su manual.
- Conocer sus beneficios.
- Conectar con Servicios para Miembros.

Baje la aplicación gratuita Health4Me hoy mismo. Úselo para conectar con su plan de salud desde cualquier lugar en donde usted se encuentre, en el momento en que usted lo desee.



Premios de salud (Healthy Rewards)

Más vale prevenir que curar. Y también puede valer grandes premios.

Obtenga importantes regalos para usted o para su hijo haciendo cosas como:

- Completar los exámenes del bienestar.
- Obtener las pruebas de laboratorio.
- Anotar las actividades de salud de la familia.

Programa Dr. Health E. Hound®

UnitedHealthcare se enorgullece de su mascota, el Dr. Health E. Hound®. El programa del Dr. Health E. Hound tiene como fin ayudarle a enseñar a sus hijos formas divertidas de mantenerse en forma y sanos. Al Dr. Health E. Hound le encanta viajar por todo el país y conocer a niños de todas las edades. Le gusta entregar folletos, carteles, adhesivos y libros para colorear a fin de que los niños recuerden que deben comer alimentos saludables y hacer ejercicio. También ayuda a que los niños entiendan que ir al proveedor para sus controles y sus vacunas es una forma importante de mantenerse sanos.

Usted y su familia pueden conocer personalmente al Dr. Health E. Hound en algunos de nuestros eventos de salud. Le recomendamos que asista a un evento y conozca la importancia de comer alimentos saludables y hacer ejercicio. Traiga una cámara a estos eventos y tómese una foto con el Dr. Health E. Hound.

Otros Detalles del Plan



Otros Detalles del Plan

Cómo encontrar a un proveedor dentro de la red

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



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



Llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**. Nosotros podemos buscar proveedores dentro de nuestra red para usted. También, si usted quiere, le podemos enviar por correo un Directorio de Proveedores.

Directorio de Proveedores

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

La información de los proveedores cambia a menudo. Visite nuestro sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan. Para obtener la más reciente lista. Haga clic sobre “Find a Provider” — “Para Encontrar a un Proveedor” en el directorio para la búsqueda.

Si usted desea obtener una copia impresa de nuestro Directorio de Proveedores, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**, y le enviaremos por correo una copia.

Como emplear la herramienta para buscar a un doctor y el Directorio de Proveedores en línea

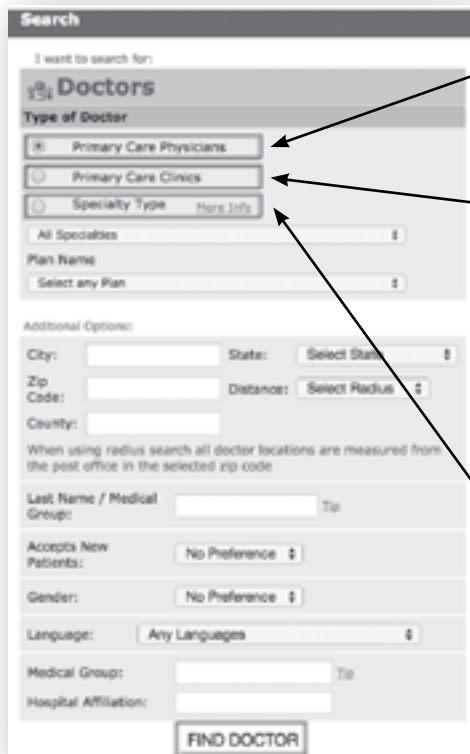
Para encontrar a un doctor.

Use esta herramienta de búsqueda en internet para encontrar a un doctor, hospital o a otro proveedor o institución para los cuidados de salud. Usted puede hacer una búsqueda por categorías específicas para doctores o instituciones.

Primero, seleccione el botón de “**Doctor Lookup**” — “**Búsqueda de doctor**”.

Después, seleccione “**Search for Providers**” — “**Búsqueda de Proveedores**”.

Paso 1: Seleccione el tipo de doctor o institución



Doctores:

Seleccione el primer botón para una búsqueda por un Doctor de Atención Primaria (PCP) para la coordinación de su salud.

Seleccione el segundo botón para la búsqueda de Clínicas de Atención Primaria.

Nota: Las clínicas de Atención Primaria funcionan como un Doctor de Atención Primaria en lugar de un proveedor individual.

Este botón solamente se aplica a:

- **UnitedHealthcare Community Plan de Ohio**
- **UnitedHealthcare Connected® MyCare Ohio**

Seleccione el tercer botón para buscar doctores que no son doctores de Atención Primaria y quienes proveen servicios de especialidad.

Por ejemplo:

Terapias del habla, cardiología, ginecología, etc.

Otros detalles del Plan

The screenshot shows a search form titled 'Facilities'. It includes a 'Type of Facility' section with radio buttons for 'Hospitals' and 'All Facilities'. Below this is a 'Specialty' dropdown menu and a 'Plan Name' dropdown menu. The 'Additional Options' section contains fields for 'City', 'State', 'Zip Code', 'Distance', and 'County'. A 'Facility Name' field is also present. A prominent 'FIND FACILITY' button is located at the bottom of the form. Arrows from the text on the right point to the 'Hospitals' and 'All Facilities' buttons, and to the 'FIND FACILITY' button.

Instituciones:

Seleccione el primer botón para buscar instituciones que proveen servicios para pacientes ambulantes u hospitalizados.

Seleccione el segundo botón para buscar una institución que provee un servicio específico.

Por ejemplo:

Terapia física, casa de reposo, farmacia, etc.

Seleccione el botón “FIND FACILITY” – “BUSQUEDA DE INSTITUCIÓN” para encontrar servicios para cuidados de salud adicionales provistos por instituciones o vendedores.

Por ejemplo:

Usted puede hacer una búsqueda para proveedores de la visión, proveedores dentales y profesionales para los cuidados de salud que se especializan en los cuidados para el tratamiento de problemas de la salud conductual.

Paso 2: Seleccione el nombre de su plan

The screenshot displays two search forms side-by-side. The left form is titled 'Doctors' and has radio buttons for 'Primary Care Physicians', 'Primary Care Clinics', and 'Specialty Type'. It also includes a 'Plan Name' dropdown menu. The right form is titled 'Facilities' and has radio buttons for 'Hospitals' and 'All Facilities', along with a 'Plan Name' dropdown menu. Both forms include 'Additional Options' for location and distance. At the bottom of each form is a 'FIND DOCTOR' and 'FIND FACILITY' button, respectively. A footer note at the bottom of the page provides contact information for non-emergency and emergency transportation.

Paso 3: Opciones adicionales

- Anote su dirección, ciudad, estado y código postal, **O**
- Anote su ciudad y estado, **O**
- Anote su código postal, **O**
- Anote el número de distancia.

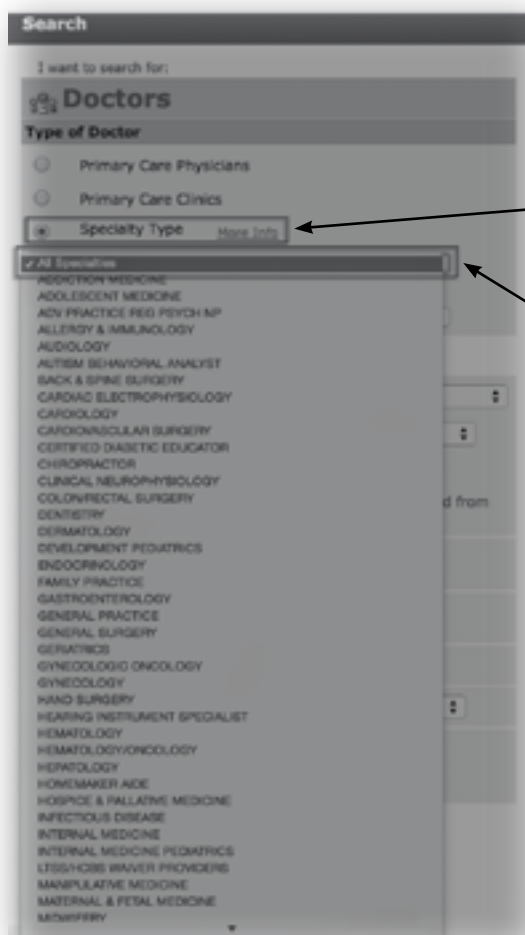
Nota: Cuando emplee la búsqueda del número de distancia, todas las localidades donde se encuentran los doctores se miden desde la oficina postal en el área del código postal seleccionada.

Usted también puede precisar su búsqueda anotando lo siguiente:

- Grupo Médico o el nombre de la institución.
- Aceptación de nuevos pacientes. (¿Está aceptando nuevos pacientes el doctor en su práctica?)
- Sexo: (¿Es una doctora o un doctor?)
- Lenguaje. (¿Habla el doctor o el personal de su práctica otro idioma además del inglés?)
- Afiliación con un hospital (ésta es la institución en donde el doctor puede hospitalizar a un paciente)

y/o la localización de la oficina (localidad donde se encuentra la práctica del doctor).

Haga Clic en **“FIND DOCTOR”** – **BUSQUEDA DE UN DOCTOR** o **“FIND FACILITY”** – **“BUSQUEDA DE UNA INSTITUCIÓN”** para ver sus resultados.

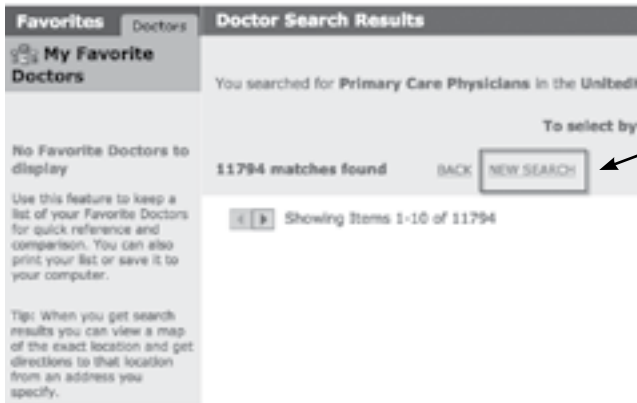


Nota: Si usted no puede encontrar a un proveedor en particular cuando emplea los botones “Primary Care Physicians” o “Primary Care Clinics”, por favor haga clic sobre el botón **“Specialty Type”** y después sobre **“All Specialties”**, un menú descenderá abriendo una lista con más opciones.

Por ejemplo:

Si usted busca por una práctica médica familiar o de medicina interna y no puede encontrar a un proveedor, haga clic sobre **“All Specialists”** y en el menú que ha descendido escoja **Nurse Practitioner** o **Physician Assistant**, porque pueden estar anotados ahí.

Otros detalles del Plan



Por favor note: Cuando usted busque a un proveedor y quiera retornar a la página principal para iniciar una nueva búsqueda, usted debe hacer clic sobre el botón **“NEW SEARCH” – “NUEVA BUSQUEDA”**, *no sobre el botón “BACK” – “RETORNO”*, para asegurar que toda la información que usted ha escrito previamente se borre.

Si usted recibe una factura por servicios

Los hospitales y los doctores no pueden enviar una factura por servicios a los miembros para cubrir servicios que se encuentran cubiertos. Si usted recibe una factura, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**. Un representante trabajará con usted para conocer si usted tiene que pagar esa factura o si usted debe remitirla a nosotros a la siguiente dirección:

Medicaid Program
UnitedHealthcare Community Plan
9200 Worthington Road, 3rd Floor
Westerville, OH 43082

Guarde una copia de esta factura. Nosotros revisaremos esas facturas para estar seguros que se trata de beneficios que están cubiertos. Si están cubiertos le pagaremos de inmediato al proveedor de cuidados de salud. Si tiene cualquier pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**.

Los proveedores le facturarán a su seguro primario primero. Después de que su seguro primario paga la cantidad permitida, el proveedor facturaré a UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan le pagará al proveedor la cantidad acordada en nuestro contrato con el proveedor.

Directrices anticipadas

Las directrices anticipadas son un conjunto de pasos por escrito que usted desea que se tomen cuando ya no pueda tomar decisiones acerca de sus cuidados de salud. Explican qué cuidados quiere y cuáles no quiere. Debería expresar sus deseos a su médico, familiares y amigos. Estos pasos no cambiarán sus beneficios de atención médica. Algunos ejemplos de directrices anticipadas son:

Testamentos en vida.

Un testamento en vida indica al médico los tipos de medidas de sostén de la vida que desea o que no desea.

Poder notarial para la atención médica.

En este formulario usted designa a otra persona para que tome las decisiones sobre su salud en su nombre. Solamente se utilizará cuando ya no pueda tomar sus propias decisiones.

Declaración de tratamiento para salud mental.

Una declaración de tratamiento para salud mental le da una atención específica a los cuidados de salud mental. Le permite a la persona, mientras se encuentra con capacidad de hacerlo, nombrar a un representante para que tome decisiones en su nombre cuando se haya perdido la capacidad para tomar decisiones por sí solo(a). Además, puede iniciar la implementación de ciertos deseos con respecto al tratamiento. La persona puede indicar sus preferencias en medicamentos o tratamientos y sus preferencias en la admisión o permanencia dentro de una institución.

La declaración para el tratamiento de salud mental reemplaza al Poder Durable de Abogado para los cuidados de salud mental, pero no reemplaza a un Testamento en Vida.

Puede pedirle a su médico más información sobre las directrices anticipadas. Puede encontrar unas formas en:

[Nlm.nih.gov/medlineplus/advancedirectives](https://nlm.nih.gov/medlineplus/advancedirectives),

o: [Familydoctor.org](https://familydoctor.org),

o: [Uslivingwillregistry.com/forms](https://uslivingwillregistry.com/forms).

¿Cuántas clases de formas existen?

Dentro de la ley del estado de Ohio, hay cuatro diferentes formas o directivas anticipadas que usted puede emplear. Usted puede usar un Testamento en Vida (Living Will), una Declaración para el Tratamiento de Salud Mental (Declaration for Mental Health Treatment), o Poder Durable de Abogado (Durable Power of Attorney) para los tratamientos médicos o la orden para que No Se Resucite (Do Not Resuscitate Order – DNR). Usted llena una forma de directiva anticipada mientras puede hacerlo por usted mismo. La directiva anticipada le permite a su doctor y a otros conocer cuáles son sus deseos para recibir cuidados médicos.

Otros detalles del Plan

Orden para que No Se Resucite.

Las regulaciones del estado ofrecen las siguientes órdenes desarrolladas por el Departamento de Salud de Ohio: Orden de No Se Resucite (Do Not Resuscitate – DNR), Cuidados de Confort (Comfort Care) y Protocolo de la Suspensión de los Cuidados de Confort (Comfort Care Arrest Protocol). Una orden DNR significa que es una orden emitida por un doctor o, bajo ciertas circunstancias, por una enfermera certificada o una enfermera clínica especialista que identifica a la persona y ordenará que no deban emplearse con esta persona técnicas de CPR. Las técnicas de CPR son aquellas en que se lleva a cabo la resucitación cardiopulmonar o cualquier componente de la resucitación cardiopulmonar, pero no incluye el limpiar las vías respiratorias de la persona con propósitos diferentes a los que son componentes de CPR.

El protocolo de DNR Cuidados de Confort y Suspensión de los Cuidados de Confort anota las acciones específicas para paramédicos, técnicos de emergencias médicas, doctores y enfermeras se tomarán si le dé atención a una orden de DNR Cuidados de Confort y Suspensión de los Cuidados de Confort. El protocolo también anota las acciones que no debe tomarse.

Usted debe hablar con su doctor acerca de la orden DNR Cuidados de Confort y Suspensión de los Cuidados de Confort y las opciones de este protocolo.

Fraude y abuso

Cualquier persona puede informar fraude y abuso potenciales. Si toma conocimiento de un caso de fraude o abuso, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**, para informarlo. Algunos ejemplos de fraude o abuso son:

- Recibir beneficios en Ohio y en otro estado al mismo tiempo.
- Modificar o falsificar las recetas.
- Que una persona, que no califica para beneficios, reciba beneficios de Medicaid.
- Darle la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan a otra persona para que la use.
- Uso excesivo de los beneficios de Medicaid.
- Médicos u hospitales que le facturan a usted o a UnitedHealthcare por servicios que no le fueron brindados.
- Médicos u hospitales que le facturan a UnitedHealthcare más de una vez por servicios que le fueron proporcionados solo una vez.
- Médicos que presentan documentación falsa a UnitedHealthcare para que usted pueda recibir servicios que solo se proporcionan cuando son médicamente necesarios.

Usted también puede escribir a ODI a la dirección:

Ohio Department of Insurance: Fraud Unit
2100 Stella Court
Columbus, OH 43215

Adicionalmente, usted puede mandar una carta o una forma electrónica a UnitedHealthcare Community Plan. La dirección en la cual puede tener acceso es::

<http://www.UHCCommunityPlan.com/assets/SpecialInvestigationReferralForm.pdf>

Línea directa para fraudes y abusos.

Usted puede así mismo reportar las sospechas de fraude y abuso a UnitedHealthcare Community Plan llamando sin costo al 1-877-766-3844 y dejando un mensaje detallado. El sistema ha sido diseñado para que usted no necesite dejar su nombre.

Recuerde: Nunca permita a otra persona el uso de su número de identificación anotado en su tarjeta de identificación.

Su opinión cuenta

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

- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**.
- Escríbanos a:
UnitedHealthcare Community Plan
9200 Worthington Rd.
Westerville, OH 43082

Comité de asesoramiento para miembros.

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

Mesa de Asesores para Miembros.

La Mesa de Asesores para Miembros es un grupo de consejeros que asegura que UHC se encuentra activamente conectando a los consumidores, familias, grupos defensores y otros agentes involucrados como socios en el diseño y aplicación de programas de cuidados complejos.

¿Quién puede formar parte?

- Los miembros de UnitedHealthcare Community Plan.
- Miembros de la familia y los cuidadores de los miembros de UnitedHealthcare Community Plan.
- Los representantes de la comunidad y de grupos defensores del consumidor.

Los participantes pueden:

- Compartir las ideas y comentarios con el equipo de UnitedHealthcare.
- Unirse al grupo de discusión de los líderes de UnitedHealthcare cada mes en el diálogo de la salud y bienestar.
- Asistir a las reuniones anuales regionales.
- Inscribirse en los entrenamientos gratuitos acerca de la Defensa del Consumidor.

Para obtener mayor información acerca de la Mesa de Asesores, llame a:

Members Matter al **1-800-895-2017, extensiones 6, 7 o 8**.

Administración de Utilización

UnitedHealthcare Community Plan no quiere que usted reciba menos cuidados de salud que requiere o cuidados que no son necesarios. Así mismo, nosotros necesitamos estar seguros que los cuidados de salud que usted recibe son beneficios que están cubiertos. Empleamos la administración de utilización (UM) para estar seguros que usted está recibiendo los cuidados de salud de manera correcta, en el momento correcto y en el lugar correcto.

Hay también algunos tratamientos y procedimientos que necesitamos revisar antes de que usted pueda recibirlos. Sus proveedores conocen cuáles son y ellos nos dejarán saber que deben ser revisados. La revisión que nosotros hacemos se llama Revisión de Utilización. Nosotros no otorgamos ninguna recompensa a ninguna persona por decir que no hay necesidad de brindar cuidados de salud. Si usted tiene preguntas acerca de UM, puede comunicarse con nuestro personal de Administración de Cuidados de Medicaid. Nuestras enfermeras se encuentran disponibles de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m. de lunes a viernes al 1-800-504-9669, TTY 711. Hay disponible asistencia con el lenguaje.

Programa de calidad

Nuestro programa de calidad le puede ayudar a mantenerse saludable al trabajar con su médico. El programa de calidad le ayuda a recordar realizarse pruebas y recibir vacunas preventivas. Enviamos recordatorios a los médicos y a los miembros sobre las pruebas de detección de plomo, pruebas de Papanicolaou, mamografías y vacunas que evitan enfermedades, como la poliomielitis, paperas, sarampión y varicela.

UnitedHealthcare Community Plan utiliza los estándares de HEDIS® para ayudar a evaluar qué tan bien llevamos a cabo nuestro programa de calidad. HEDIS es un conjunto de medidas estándar de desempeño y puntajes que ayuda a las personas a comparar el desempeño de los planes de atención médica administrada. HEDIS estudia varias áreas, como atención prenatal y programas de prevención de enfermedades.

UnitedHealthcare Community Plan desea asegurarse de que usted esté satisfecho con los servicios que recibe de su médico y de nosotros. Para lograrlo, observamos los datos de CAHPS®. CAHPS significa Evaluación del consumidor de proveedores de salud y sistemas (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Esta encuesta incluyen preguntas para ver cuán satisfecho usted está respecto de la atención que recibe. Si recibe por correo una encuesta para miembros, es importante que la complete y nos la devuelva.

UnitedHealthcare Community Plan observa los resultados de HEDIS y CAHPS. Luego, compartimos la información con nuestros proveedores. Trabajamos con nuestros proveedores para asegurarnos de que los servicios que ellos y nosotros le brindamos contribuyan a su atención médica de manera positiva.

Si desea conocer más sobre el programa de calidad, llámenos a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711.**

La seguridad y protección contra la discriminación

La seguridad de los pacientes es muy importante para nosotros en UnitedHealthcare Community Plan. Aunque no dirigimos la atención, queremos asegurarnos de que nuestros miembros reciben atención segura. Hacemos un seguimiento de los asuntos relacionados con la calidad de la atención, desarrollamos pautas para promover la atención segura, brindamos información a los miembros sobre la seguridad de los pacientes y trabajamos con hospitales, doctores y otros proveedores para mejorar la continuidad y coordinación de los centros de atención. Si le gustaría recibir más información sobre la seguridad de los pacientes o sitios donde puede recibir información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**.

Se le prohíbe a UnitedHealthcare Community Plan y a sus proveedores discriminar a una persona debido a su edad, raza, origen étnico, sexo o religión. Los proveedores contratados de UnitedHealthcare Community Plan deben respetar la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act) y no pueden discriminar a una persona según la salud o el estado mental, la necesidad de atención médica o las afecciones preexistentes. Si considera que ha sido objeto de cualquier forma de discriminación, llame de inmediato a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**.

Guías de la práctica clínica y tecnologías nuevas

UnitedHealthcare Community Plan les brinda a nuestros proveedores contratados las pautas clínicas que poseen información sobre la mejor forma de brindar atención para algunas afecciones. Cada pauta clínica es un estándar de atención aceptado en la profesión médica, lo que significa que otros médicos concuerdan con ese enfoque. Nuestro objetivo es mejorar los resultados médicos del paciente al brindarles a nuestros proveedores información que respalde sus prácticas clínicas conforme a los estándares de atención reconocidos a nivel nacional.

Si tiene alguna pregunta sobre las pautas clínicas de UnitedHealthcare Community Plan o le gustaría recibir una copia en papel de una pauta sobre las prácticas clínicas, llame a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**. También puede encontrar las normas sobre las prácticas clínicas en nuestro sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan.

Evaluación de nueva tecnología.

Algunas prácticas y tratamientos médicos no han probado ser efectivos todavía. UnitedHealthcare Community Plan examina las nuevas prácticas, tratamientos y tecnologías para tomar decisiones sobre las nuevas prácticas y tratamientos, y en qué condiciones pueden utilizarse. Esta información es examinada por un comité integrado por médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y expertos invitados de UnitedHealthcare Community Plan, quienes toman la decisión final de cobertura. Si le gustaría recibir más información sobre cómo podemos tomar decisiones respecto de las nuevas prácticas y tratamientos médicos, llámenos al **1-800-895-2017, TTY 711**.

Sus responsabilidades como miembro

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene la responsabilidad de:

- Entender, leyendo este manual, cómo funciona UnitedHealthcare Community Plan.
- Escoger a su Proveedor de Atención Primaria.
- Llevar consigo la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. (Usted debe mostrar la tarjeta cuando reciba servicios y debe reportar tan pronto como sea posible la pérdida o el robo de su tarjeta. Usted también debe informar a UnitedHealthcare Community Plan de cualquier otro seguro que tenga y presentar la información actualizada del seguro a su Proveedor de Atención Primaria.)
- Buscar atención médica cuando la necesite.
- Llegar a tiempo a todas sus citas médicas.
- Avisar a la oficina de su Proveedor de Atención Primaria o a cualquier oficina médica cuando usted necesite cambiar de cita.
- Respetar los derechos y la propiedad de su Proveedor de Atención Primaria y de otros trabajadores de los cuidados de salud y de los demás pacientes.
- Saber cuándo debe usted tomar sus medicamentos, como debe tomarlos y como seguir las instrucciones de su doctor con las cuales usted estuvo de acuerdo.
- Reportar su información personal médica correcta.
- Tomar completa responsabilidad, pensar acerca de las consecuencias de sus decisiones si usted rehúsa cuidados (dice que no) y debe preguntar cuando no comprenda cualquier cosa.
- Tratar de entender lo mejor posible sus problemas de salud y tomar parte en los acuerdos a los que se llegue sobre tratamientos mutuamente acordados.
- Estar seguro que su Proveedor de Atención Primaria tiene todos sus records médicos. (Esto incluye todos los records médicos de otros doctores.)
- Permitir que UnitedHealthcare Community Plan conozca si usted está hospitalizado. (Infórmelo dentro de las primeras 24 horas o tan pronto como sea posible.)
- Acceder a que su información de salud se le dé un uso correcto.
- Mantener su elegibilidad a Medicaid actualizada para no perder su membresía con UnitedHealthcare Community Plan.

Términos importantes

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

Directivas anticipadas: Una decisión que usted toma por adelantado en relación con su atención médica en caso de que alguna vez no pueda hablar por sí mismo(a). Al hacerlo, su familia y sus médicos sabrán qué decisiones tomaría usted si estuviera en condiciones de hacerlo.

Apelación: Una apelación es una disputa hecha por un miembro, el representante o un proveedor con la autorización del miembro, disputando una acción por parte del plan de salud que niega o limita la autorización de un servicio, incluyendo el tipo o el nivel de servicio, o reduce, suspende o detiene el pago por un servicio previamente autorizado; o cualquier omisión para autorizar servicios a tiempo o decidir una queja o apelación dentro de los límites de tiempo fijados.

Autorización: El visto bueno o la aprobación para un servicio.

Beneficios: Servicios, procedimientos y medicamentos que cubrirá UnitedHealthcare Community Plan.

Administración de casos clínicos: Asistencia personal provista por un(a) enfermero(a) que brinda información y coordinación de los beneficios de UnitedHealthcare Community Plan, adaptados a sus necesidades.

Cancelación de la inscripción: Terminar su membresía en UnitedHealthcare Community Plan.

Equipo Médico Durable (DE): El Equipo Médico Durable incluye cosas como sillas de ruedas, medidores de la glucosa sanguínea, porta-sueros que necesitan ser empleados por períodos largos de tiempo. También puede ser equipo que debe desecharse como: vendajes, catéteres y agujas hipodérmicas. Todo DME debe ser solicitado por su doctor.

Emergencia: Un repentino y, en ese momento, inesperado cambio en el estado mental o físico de una persona por el cual, si no recibe un procedimiento o tratamiento inmediato, podría resultar en 1) la pérdida de la vida o una extremidad; 2) daño significativo a una función corporal o; 3) daño permanente en una parte del cuerpo o la salud de un feto. (Salud mental: amenazas de suicidio, homicidio o auto-mutilación, manía, psicosis que necesita de inmediata atención médica.)

Emergencia — de salud mental sin amenazas de perder la vida: Cuando se desarrollan los síntomas por primera vez, pero no amenazan la vida, como pensamientos de suicidio sin un plan para llevarse a cabo o cuando el miembro empieza a mostrar signos de una manía o psicosis.

Fraude: Un acto fraudulento (por ej., si alguien que no es usted utiliza su tarjeta de identificación de miembro y finge ser usted).

Queja: Una queja es una expresión de insatisfacción acerca del plan de salud o de un proveedor o acerca de cualquier otra acción que el plan haya tomado. Las quejas pueden incluir asuntos como la calidad de los cuidados, aspectos con las relaciones interpersonales, tales como la rudeza de un proveedor o empleado o una falla en respetar los derechos del miembro.

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

Información sobre la salud mental: Información acerca de su salud mental y cuidados. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare Community Plan o de un proveedor. Incluye información acerca de su salud física y mental y también los costos de sus cuidados.

Tarjeta de identificación (ID): Una tarjeta de identificación que dice que usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Debe tener la tarjeta con usted en todo momento.

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

Consentimiento informado: Significa que se le han explicado los tratamientos médicos, que los entiende y los acepta.

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

Internación hospitalaria: Cuando es internado en un hospital por un período de tiempo.

Miembro: Una persona elegible inscrita con UnitedHealthcare Community Plan en los programas Medicaid o DHCP.

ODM: El departamento de Medicaid de Ohio.

Fuera de la red: Médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que no tienen un acuerdo con UnitedHealthcare Community Plan para ofrecer servicios de atención médica a los miembros.

Ambulatorio: Cuando usted recibe un procedimiento que no requiere hospitalización hasta el día siguiente.

Prescripción (o receta): Las instrucciones escritas por un médico para medicamentos o tratamiento.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): Un doctor que usted escoge para ser su proveedor de atención primaria y que tiene una práctica médica privada. Su PCP coordinará todos sus cuidados para la salud.

Otros detalles del Plan

Autorización previa: Proceso que utiliza su médico para obtener aprobación de servicios que necesitan de aprobación antes de llevarse a cabo.

Directorio de proveedores: Una lista de proveedores participantes en UnitedHealthcare Community Plan que brindan la atención médica que usted necesita.

Proveedor o Profesional: Una persona o instalación que ofrece servicios de atención médica (médico, farmacia, odontólogo, clínica, hospital, etc.).

Referencias: Cuando usted y su PCP acuerdan que es necesario que vea a otro médico y su PCP le envía a un especialista de la red.

Servicios sin referencia: Servicios para los cuales no necesita ver a su PCP para obtener una referencia.

Especialista: Cualquier médico que tiene una capacitación especial para tratar una afección o enfermedad específicas.

Información acerca del uso de sustancias: Información acerca del uso de sustancias y cuidados. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare Community Plan o de un proveedor. Incluye información acerca de la historia del uso de sustancias y del uso actual, así como los costos por sus cuidados.

Atención de urgencia: Cuando usted está enfermo pero no es una emergencia y necesita tratamiento o asesoramiento médicos dentro de un período de 48 horas.

WIC: Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños e incluye asesoría de alimentos nutritivos, educación nutricional y alimentos nutritivos para mujeres embarazadas y mujeres en el posparto y a infantes y niños hasta la edad de 2 años. Aquellos niños que se piense que tienen una nutrición deficiente están cubiertos hasta la edad de 5 años si son de bajos recursos económicos y se ha determinado que se encuentran en un riesgo nutricional.

AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

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

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

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo usamos o compartimos su información

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

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

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

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

Otros detalles del Plan

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

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

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

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

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

Otros detalles del Plan

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

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

Cómo usar sus derechos

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

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

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

Aviso de privacidad de la información financiera

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

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

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

Información que recopilamos

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

Divulgación de la información financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Preguntas sobre este aviso

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

² Para los propósitos de este Aviso de privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; LifePrint East, Inc.; Life Print 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.

UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc. no discrimina por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad.

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo en función del sexo, la edad, la raza, el color, la discapacidad o la nacionalidad, puede enviar una reclamación al Coordinador de derechos civiles.

- **En línea:** UHC_Civil_Rights@uhc.com
- **Por correo postal:** Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

Debe enviar la reclamación dentro de un plazo de 60 días desde que se enteró de la situación. Se le enviará una decisión dentro de un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para pedirnos que analicemos la situación nuevamente. Si necesita ayuda con su reclamación, llame al 1-800-895-2017 (TTY 711), de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

También puede presentar una reclamación ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

- **En línea:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Los formularios de reclamación están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Por teléfono:** línea gratuita 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
- **Por correo postal:** U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para solicitar ayuda, llame a 1-800-895-2017 (TTY 711), de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call 1-800-895-2017, TTY 711.

ATENCIÓN: si habla **español (Spanish)**, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-895-2017, TTY 711.

注意：如果您說**中文 (Chinese)**，您可獲得免費語言協助服務。請致電 1-800-895-2017，或聽障專線 (TTY) 711。

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng **Việt (Vietnamese)**, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 1-800-895-2017, TTY 711.

CSOH18MC4385074_000

참고: **한국어(Korean)**를 하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-895-2017, TTY 711 로 전화하십시오.

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may magagamit kang mga serbisyo ng pantulong sa wika, nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-895-2017, TTY 711.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-**русском (Russian)**, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по тел 1-800-895-2017, TTY 711.

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على الرقم 1-800-895-2017، الهاتف النصي 711.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisyè sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nan 1-800-895-2017, TTY 711.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le 1-800-895-2017, TTY 711.

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod numer 1-800-895-2017, TTY 711.

ATENÇÃO: Se fala **português (Portuguese)**, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-895-2017, TTY 711.

ATTENZIONE: se parla **italiano (Italian)**, Le vengono messi gratuitamente a disposizione servizi di assistenza linguistica. Chiami il numero 1-800-895-2017, TTY 711.

HINWEIS: Wenn Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachendienste zur Verfügung. Wählen Sie: 1-800-895-2017, TTY 711.

ご注意: **日本語 (Japanese)** をお話しになる場合は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。電話番号1-800-895-2017、またはTTY 711 (聴覚障害者・難聴者の方用)までご連絡ください。

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. 1-800-895-2017 تماس بگیرد، TTY 711.

ध्यान दः यदि आप **हिन्दी (Hindi)** भाषा बोलत ह तो भाषा सहायता सेवाए आपक लिए निःशल्क उपलब्ध ह। कॉल कर 1-800-895-2017, TTY 711.

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau 1-800-895-2017, TTY 711.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ **ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក សមទេស៍ពទៅលេខ 1-800-895-2017។ TTY 711។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kaniam. Maidawat nga awagan iti 1-800-895-2017, TTY 711.

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go **Diné (Navajo)** Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éi ná hóló, kojł' hódíłnih 1-800-895-2017, TTY 711.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac 1-800-895-2017, TTY 711.

ध्यान दिनहोस: यदि तपाईं **नपाली (Nepali)** भाषा बोल्नहन्छ भन तपाईंको लागि निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। कपया 1-800-895-2017, TTY 711, मा फोन गर्नहोस।

XIYYEEFFANNOO: Afaan **Kushaitii (Cushite)** dubbattu yoo ta'e, tajaajilli gargaarsa afaanii, kanfaltii malee isiniif ni argama. Maaloo lak. 1-800-895-2017 n TTY 711 n bilbila'a.

LET OP: Als u **Nederlands (Dutch)** spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van taalhelpdiensten. Bel 1-800-895-2017, TTY 711.

WICHTIG: Wann du **Deutsch schwetzscht (Pennsylvania Dutch)** un Hilf witt mit Englisch, kenne mer dich helfe, unni as es dich ennich ebbes koschte zellt. Ruf 1-800-895-2017, TTY 711 aa.

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba **română (Romanian)**, aveți la dispoziție servicii de asistență lingvistică gratuite. Sunați la 1-800-895-2017, TTY 711.

УВАГА: Якщо ви не говорите **українською (Ukrainian)** мовою, ви можете скористатися безкоштовними послугами перекладача. Телефонуйте за номером 1-800-895-2017, TTY 711.

သတိမူရန် - အကယ်၍ သင်သည် **မြန်မာ (Burmese)** စကားပြောလျှင်၊ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု ဝန်ဆောင်မှုများကို သင် အခမဲ့ ရရှိနိုင်မည်ဖြစ်သည်။ ကျေးဇူးပြုပြီး 1-800-895-2017, TTY 711 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

Nosotros estamos aquí para servirle.

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-800-895-2017, TTY 711**. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan
9200 Worthington Rd.
Westerville, OH 43082

myuhc.com/CommunityPlan

1-800-895-2017, TTY 711



