Guía para Miembros 2025

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid)

Número gratuito **1-877-542-9236,** TTY **711**
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes
(correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

es.UHCCommunityPlan.com
myuhc.com/CommunityPlan

UnitedHealthcare® Community Plan

MyCareOhio
Connecting Medicare + Medicaid

H2531_001_000_EOC_2025_C_APPROVED SP

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid)

Guía para Miembros

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Su Cobertura de Salud y de Medicamentos de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid)

Introducción a la Guía para Miembros

Esta guía describe su cobertura de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica los servicios para el cuidado de la salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos con receta y los servicios a domicilio y en la comunidad (también llamados apoyos y servicios a largo plazo) del programa de exención. Los apoyos y servicios a largo plazo le ayudan a permanecer en su domicilio en vez de ir a un asilo de convalecencia o un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan, UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, es ofrecido por UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc. Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro/s” o “nuestra/s” en esta **Guía para Miembros**, se refieren a UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-542-9236** (TTY **711**), 8 a.m.–8 p.m. local time, Monday–Friday (voicemail available 24 hours a day, 7 days a week). The call is free.

Si habla somalí, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaasha ah, ayaad heli kartaa. Wac **1-877-542-9236** (TTY **711**), 8 subaxnimo–8 habeenimo waqtiga deegaanka, Isniin–Jimce (fariin cod ah ayaa la heli karaa 24 saac maalintii/7 maalmood toddobaadkii). Wicitaanku waa bilaash.

- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus actividades y programas relacionados con la salud.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Si tiene algún problema para leer o comprender este documento o cualquier otra información de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, comuníquese con Servicio al Cliente. Podemos explicarle la información o proporcionársela en su lengua materna. Podemos imprimir la información en ciertos otros idiomas o de otras maneras. Si usted tiene limitaciones auditivas o visuales, puede recibir ayuda especial.

Puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que anotemos en nuestro sistema que desea recibir los materiales en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.

Exenciones de responsabilidad

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como Ohio Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.

La cobertura de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) es una cobertura de salud que califica, llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en **irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families** para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

Los beneficios, las características o los dispositivos pueden variar según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red.

Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). Una persona que hable español o inglés podrá ayudarle. Este servicio es gratuito.

La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición. El plan solamente cubre aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing.

Los alimentos y los beneficios de productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o revise su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Índice

Capítulo 1 **Información básica para el miembro 5**

Capítulo 2 **Números de teléfono y recursos importantes 17**

Capítulo 3 **Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos 27**

Capítulo 4 **Tabla de Beneficios 51**

Capítulo 5 **Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan 108**

Capítulo 6 **Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y de Medicaid 130**

Capítulo 7 **Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos 143**

Capítulo 8 **Sus derechos y responsabilidades 149**

Capítulo 9 **Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 176**

Capítulo 10 **Cómo cambiar o terminar su membresía en nuestro Plan MyCare Ohio 230**

Capítulo 11 **Definiciones de palabras importantes 238**

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y de Medicaid. También le explica qué esperar como miembro y qué otra información obtendrá de parte de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A Bienvenido a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio 7

Sección B Información sobre Medicare y Medicaid 7

Sección B1 Medicare 7

Sección B2 Medicaid 7

Sección C Ventajas de este plan 8

Sección D Área de servicio de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio 9

Sección E Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan 9

Sección F Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud 10

Sección G Su plan de cuidado 11

Sección H Prima mensual del plan UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio 11

Sección I La **Guía para Miembros** 11

Sección J Otra información importante que le enviaremos 11

Sección J1 Su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio 12

Sección J2 Carta para Miembros Nuevos 12

Sección J3 **Directorio de Proveedores y Farmacias** 13

Sección J4 **Lista de Medicamentos Cubiertos** 14

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J5 Complemento a la **Guía para Miembros** o “Guía del Programa de Exención” 14
Sección J6 **La Explicación de Beneficios** 14
Sección K Cómo mantener actualizado su registro de membresía 15
Sección K1 Privacidad de su información de salud personal (PHI) 16

Sección A Bienvenido a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, ofrecido por UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc., es un Plan Medicare-Medicaid. Un Plan Medicare-Medicaid es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con administradores del cuidado de la salud y equipos de cuidado de la salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio fue aprobado por el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para prestarle servicios como parte del programa MyCare Ohio.

El programa MyCare Ohio es un programa de demostración administrado conjuntamente por el Departamento de Medicaid de Ohio y el gobierno federal para proporcionar un mejor cuidado de la salud a las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. En esta demostración, el estado y el gobierno federal desean probar nuevas maneras de mejorar la forma en que usted recibe sus servicios para el cuidado de la salud de Medicare y de Medicaid.

Sección B Información sobre Medicare y Medicaid

Usted tiene tanto Medicare como Medicaid. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio se asegurará de que estos programas colaboren para que usted reciba el cuidado que necesite.

Sección B1 Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas mayores de 65 años,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

Sección B2 Medicaid

Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién califica,
- qué servicios están cubiertos, **y**

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

• cuál es el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y el Departamento de Medicaid de Ohio deben aprobar UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio cada año. Usted puede recibir los servicios de Medicare y de Medicaid a través de nuestro plan siempre y cuando:

• elijamos ofrecer el plan, **y**

• Medicare y el Departamento de Medicaid de Ohio aprueben el plan.

Aunque nuestro plan deje de operar en el futuro, sus requisitos de participación para recibir los servicios de Medicare y de Medicaid no se verán afectados.

Sección C Ventajas de este plan

Ahora, usted recibirá todos sus servicios cubiertos por Medicare y por Medicaid a través de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, incluidos los medicamentos con receta. **No tiene que pagar ningún cargo adicional por inscribirse en este plan de salud.**

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio ayudará a que sus beneficios de Medicare y de Medicaid funcionen mejor juntos y mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted podrá manejarse con **un solo** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Contará con un equipo de cuidado de la salud que usted ayudó a formar. Su equipo de cuidado de la salud puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud que están para ayudarle a recibir el cuidado que usted necesite.
- Usted contará con un administrador del cuidado de la salud. Esta persona colaborará con usted, con UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite. Su coordinador integrará su equipo de cuidado de la salud.
- Usted podrá dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo de cuidado de la salud y de su administrador del cuidado de la salud.
- El equipo de cuidado de la salud y el administrador del cuidado de la salud colaborarán con usted para elaborar un plan de cuidado diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades. El equipo de cuidado de la salud estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesite. Esto significa que, por ejemplo:
  - Su equipo de cuidado de la salud se asegurará de que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario.
  - Su equipo de cuidado de la salud se asegurará de que los resultados de sus exámenes se compartan con todos sus médicos y demás proveedores.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D Área de servicio de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio está disponible solamente para las personas que viven en nuestra área de servicio. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en esta área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Ohio: Columbiana, Cuyahoga, Geauga, Lake, Lorain, Mahoning, Medina, Portage, Stark, Summit, Trumbull y Wayne.

Si usted se muda, debe informarlo a la oficina del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado. Si se muda a otro estado, deberá solicitar Medicaid en el otro estado. Para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio, consulte el Capítulo 8.

Sección E Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan

Usted cumple los requisitos de membresía de nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella); **y**
- tenga las Partes A, B y D de Medicare; **y**
- tenga la cobertura completa de Medicaid; **y**
- sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos, **y**
- sea mayor de 18 años en el momento de la inscripción.

Aunque cumpla los criterios anteriores, no cumple los requisitos para inscribirse en UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio si:

- tiene otra cobertura acreditable externa de cuidado de la salud; **o**
- tiene discapacidades intelectuales u otras relacionadas con el desarrollo, y recibe servicios a través de un programa de exención o un Centro de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades Intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICFIID); **o**
- está inscrito en un Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE).

Además, usted tiene la opción de cancelar su inscripción en UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio si es miembro de una tribu indígena reconocida por el gobierno federal.

Si usted cree que cumple alguno de los criterios anteriores y no debería ser inscrito, comuníquese con Servicio al Cliente para recibir ayuda.

Sección F Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud

Cuando usted se inscriba por primera vez en el plan, recibirá una evaluación de sus necesidades de cuidado de la salud durante los primeros 15 a 75 días después de la fecha de vigencia de su inscripción, según su estado de salud. Recibirá una llamada telefónica del Administrador del Cuidado de la Salud de su Plan de Salud para programar y realizar la evaluación completa en su domicilio.

Si es nuevo en UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, podrá seguir usando los médicos que usa actualmente durante al menos 90 días después de inscribirse. Además, si ya tenía una preaprobación para recibir servicios, nuestro plan respetará la aprobación hasta que usted reciba los servicios. Esto se llama "período de transición". La Carta para Miembros Nuevos incluida con su **Guía para Miembros** tiene más información sobre el período de transición. Si usted está inscrito en el Programa de Exención MyCare Ohio, su Complemento a la **Guía para Miembros** o "Guía del Programa de Exención" también tiene más información sobre el período de transición para los servicios del programa de exención.

Después del período de transición, tendrá que usar los médicos y demás proveedores dentro de la red de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio para recibir la mayoría de los servicios. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información sobre cómo recibir cuidado, consulte el Capítulo 3. Servicio al Cliente puede ayudarle a buscar un proveedor de la red.

Si actualmente usted está usando un proveedor que no es un proveedor de la red o si ya tiene servicios aprobados o programados, es importante que llame a Servicio al Cliente inmediatamente para que podamos hacer los arreglos necesarios para los servicios y evitar cualquier problema de facturación.

Sección G Su plan de cuidado

Su plan de cuidado es el plan que describe los servicios de salud que usted recibirá y la forma en que los recibirá.

Después de su evaluación de necesidades de cuidado de la salud, su equipo de cuidado de la salud se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesite y desee. Juntos, usted y su equipo de cuidado de la salud crearán su plan de cuidado.

Su equipo de cuidado de la salud colaborará constantemente con usted para actualizar su plan de cuidado a fin de incluir los servicios de salud que necesite y desee.

Sección H Prima mensual del plan UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio no tiene una prima mensual del plan.

Sección I La Guía para Miembros

Esta **Guía para Miembros** forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, podría apelar, o cuestionar, nuestra forma de actuar. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9. También puede llamar a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**) o a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Para pedir una **Guía para Miembros**, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**). También puede consultar la **Guía para Miembros** en **es.UHCCommunityPlan.com** o descargarla de este sitio web.

El contrato tiene vigencia durante todos los meses en que usted esté inscrito en UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

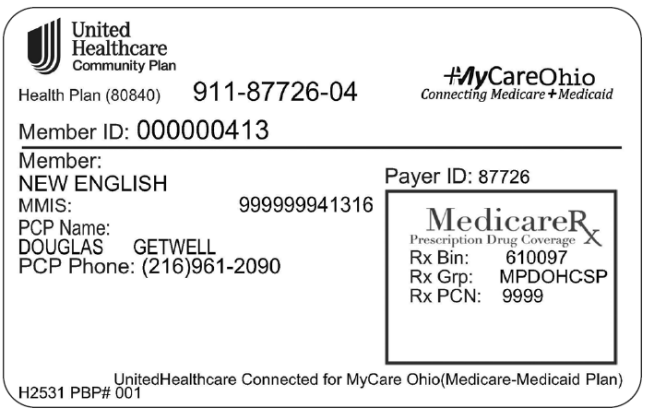
Sección J Otra información importante que le enviaremos

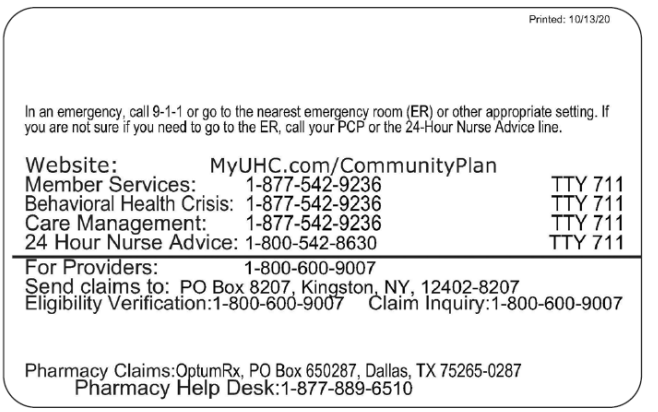
Usted también recibirá una tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, una Carta para Miembros Nuevos con información importante, información sobre cómo acceder a un **Directorio de Proveedores y Farmacias**, y una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Los miembros inscritos en un programa de exención de servicios a domicilio y en la comunidad también recibirán un complemento a su **Guía para Miembros** que proporciona información específica de los servicios del programa de exención. Si usted no obtiene estos artículos, llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J1 Su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio

En el programa MyCare Ohio, usted tendrá una tarjeta para recibir sus servicios de Medicare y de Medicaid, incluidos los medicamentos con receta y los apoyos y servicios a largo plazo. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta cubierto por el plan. Esta es una tarjeta de muestra. La suya será muy parecida:





Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva.

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, esta es la única tarjeta que necesita para recibir servicios. Dejará de recibir una tarjeta de Medicaid mensual. Tampoco necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, es posible que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte la Sección A del Capítulo 7 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Sección J2 Carta para Miembros Nuevos

Asegúrese de leer la Carta para Miembros Nuevos enviada junto con su **Guía para Miembros**, ya que es una referencia rápida a cierta información importante. Por ejemplo, contiene información sobre cuándo puede recibir servicios de proveedores fuera de nuestra red, servicios preaprobados, servicios de transporte y quién cumple los requisitos para inscribirse en MyCare Ohio.

Sección J3 Directorio de Proveedores y Farmacias

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica los proveedores y las farmacias dentro de la red de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores y las farmacias de la red para recibir servicios cubiertos. Hay algunas excepciones, por ejemplo, cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la Sección E) y para ciertos servicios (consulte el Capítulo 3).

Para pedir un **Directorio de Proveedores y Farmacias** (impreso o en formato electrónico) en cualquier momento, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). Las copias impresas del Directorio de Proveedores y Farmacias que usted solicite se le enviarán por correo postal en un plazo no mayor de tres días hábiles. También puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en **es.UHCCommunityPlan.com** o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicio al Cliente como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores dentro de nuestra red.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio incluyen:
  - Médicos, enfermeras y otros profesionales de cuidado de la salud que usted puede usar como miembro de nuestro plan;
  - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; **y**
  - Agencias de asistencia médica a domicilio, distribuidores de equipo médico duradero, así como otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o de Medicaid.

Para ver una lista completa de los proveedores de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan por servicios cubiertos como pago total.

Los proveedores de la red no deberían facturarle directamente los servicios cubiertos por el plan. Para obtener información sobre las facturas de proveedores de la red, consulte el Capítulo 7.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para buscar la farmacia de la red que desee usar.

- Excepto en situaciones de emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan pague sus medicamentos. Si no se trata de una situación de emergencia, usted puede pedirnos con anticipación usar una farmacia fuera de la red.

Sección J4 Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos **Lista de Medicamentos**. Indica los medicamentos con receta que están cubiertos por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.

La **Lista de Medicamentos** también indica si hay alguna regla o restricción en algún medicamento, por ejemplo, un límite en la cantidad que usted puede obtener. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la **Lista de Medicamentos**, aunque algunos cambios pueden ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan en **es.UHCCommunityPlan.com** o llamar a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Sección J5 Complemento a la Guía para Miembros o “Guía del Programa de Exención”

Este complemento proporciona información adicional para los miembros inscritos en un programa de exención de servicios a domicilio y en la comunidad. Por ejemplo, incluye información sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros, el desarrollo de planes de servicios, la administración del cuidado de la salud, la coordinación de los servicios del programa de exención y cómo informar incidentes.

Sección J6 La Explicación de Beneficios

Cuando use sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un resumen que le ayudará a comprender y llevar un registro de los pagos realizados por estos medicamentos. Este resumen se llama **Explicación de Beneficios** (Explanation of Benefits, EOB).

La Explicación de Beneficios le indica el total que hemos pagado, o que otros han pagado en nombre de usted, por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes, así como cualquier copago que usted haya realizado. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, tales como aumentos en los precios y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Usted puede hablar con el profesional que le receta sobre estas opciones de menor costo. El Capítulo 6 ofrece más información sobre la Explicación de Beneficios y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

También hay una Explicación de Beneficios disponible si la pide Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección K Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Para mantener actualizado su registro de membresía, avísenos cuando cambie su información.

Las farmacias y los proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted **porque usan su registro de membresía para saber qué medicamentos y servicios tienen cobertura, y cualquier copago por medicamentos que le corresponda a usted.** Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Avísenos lo siguiente:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, del empleador de su pareja de unión libre o del Seguro de Accidentes Laborales
- Admisión en un asilo de convalecencia o un hospital
- Cuidado en una sala de emergencias o en un hospital fuera del área de servicio o fuera de la red
- Cambio de cuidador (u otro responsable de usted)
- Si participa o comienza a participar en un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga)
- Si debe usar un proveedor por una lesión o enfermedad que pueda haber causado otra persona o empresa. Por ejemplo, si resulta herido en un accidente de tránsito, si le muerde un perro o si se resbala y se cae dentro de una tienda, un tercero o una empresa podrían tener que pagar sus gastos médicos. Cuando llame, necesitaremos saber el nombre de la persona o la empresa que tuvo la culpa, así como las compañías de seguros o los abogados involucrados.

Si hay algún cambio en la información, llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) para avisarnos.

Sección K1 Privacidad de su información de salud personal (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información de salud personal (personal health information, PHI). Las leyes nos exigen mantener la privacidad de su información de salud personal. Nos aseguramos de que su información de salud personal esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el Capítulo 8.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da la información de contacto de recursos importantes que pueden ayudar a responder sus preguntas sobre UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, el estado de Ohio, Medicare y sus beneficios de cuidado de la salud. Usted también puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud y otras personas que puedan defenderle en nombre de usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A **Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio 18**

Sección A1 Cuándo comunicarse con Servicio al Cliente 19

Sección B **Cómo comunicarse con su Administrador del Cuidado de la Salud 21**

Sección C **Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento Disponible las 24 Horas del Día 22**

Sección C1 Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento 22

Sección D **Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 22**

Sección D1 Cuándo comunicarse con Livanta 23

Sección E **Cómo comunicarse con Medicare 23**

Sección F **Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio 24**

Sección G **Cómo comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio 25**

Sección H **El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare 26**

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio

Método	Servicio al Cliente — Información de contacto
Llame al	**1-877-542-9236** Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Escriba a	UnitedHealthcare Community Plan PO Box 6103 MS CA120-0360 Cypress, CA 90630 Para enviarnos una apelación o una queja, usted puede usar el formulario incluido en el Capítulo 9. También puede escribir una carta para informarnos cuál es su pregunta, problema, queja o apelación, y dirigirla al Departamento de Apelaciones y Quejas de UnitedHealthcare a la dirección indicada anteriormente. Para enviarnos una apelación o una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, escríbanos a: UnitedHealthcare Attn: Part D Standard Appeals PO Box 6103 MS CA 120-0368 Cypress, CA 90630
Sitio web	**es.UHCCommunityPlan.com**

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A1 Cuándo comunicarse con Servicio al Cliente

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación de proveedores
- Tarjetas de ID de miembro

  Avísenos si no recibió su tarjeta de ID de miembro o si la perdió.
- Cómo buscar proveedores de la red

  Esto incluye preguntas sobre cómo buscar o cambiar su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP).
- Cómo recibir apoyos y servicios a largo plazo

  En algunos casos, usted puede recibir ayuda con sus necesidades diarias básicas de la vida y del cuidado de la salud. Si el Departamento de Medicaid de Ohio y UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio determinan que es necesario, es posible que usted pueda recibir servicios domésticos, vivienda asistida, cuidado personal, comidas, equipos de adaptación y de respuesta ante emergencias, entre otros servicios.
- Explicación de la información de su **Guía para Miembros**
- Recomendaciones sobre lo que usted cree que deberíamos cambiar
- Otra información sobre UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio

  Usted puede pedir más información sobre nuestro plan, incluida la información sobre la estructura y el funcionamiento de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, así como de cualquier plan de incentivos para médicos que operemos.
- Decisiones de cobertura sobre el cuidado de su salud y sus medicamentos

  Una decisión de cobertura es una decisión sobre:

  – sus beneficios y sus servicios y medicamentos cubiertos, **o**

  – lo que pagaremos por sus servicios de salud y sus medicamentos.

  Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura.

  – Si desea más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre el cuidado de su salud y sus medicamentos

  Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión sobre su cobertura si usted cree que cometimos un error.

  – Si desea más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- Quejas sobre el cuidado de su salud y sus medicamentos

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

  - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor o farmacia. Usted también puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió, ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección E a continuación).
  - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud o sus medicamentos, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja sobre UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio directamente a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
  - Puede enviar una queja sobre UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio directamente al Departamento de Medicaid de Ohio. Llame al **1-800-324-8680**. Esta llamada es gratuita. Consulte el **Capítulo 2** para conocer otras maneras de comunicarse con Ohio Medicaid.
  - Puede enviar una queja sobre UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al Ombudsman de MyCare Ohio. Llame al **1-800-282-1206**. Esta llamada es gratuita.
  - Si desea más información sobre cómo presentar una queja, consulte el Capítulo 9.
- El pago de cuidado de la salud o de medicamentos que usted ya pagó
  - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le ayudemos con un servicio que usted pagó o que paguemos una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.
  - Si nos pide que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones.

Sección B Cómo comunicarse con su Administrador del Cuidado de la Salud

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) ofrece servicios de administración del cuidado de la salud a todos los miembros. El Administrador del Cuidado de la Salud es el director de su plan de cuidado. El Administrador del Cuidado de la Salud ayuda a evaluar sus necesidades y problemas de salud, y colabora con su equipo de cuidado de la salud para definir un plan de cuidado. Nuestra meta es identificar al administrador del cuidado de la salud que mejor satisfaga sus necesidades; sin embargo, si usted desea cambiar de Administrador del Cuidado de la Salud, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Método	Administrador del Cuidado de la Salud — Información de contacto
Llame al	Administrador del Cuidado de la Salud directamente o a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, y pida que transfieran su llamada al Departamento de Administración del Cuidado de la Salud. Después del horario de atención, llame al **1-800-542-8630**. Esta llamada es gratuita. La línea telefónica del administrador del cuidado de la salud está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711**, de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, llame al 1-800-542-8630. Esta llamada es gratuita. La línea telefónica del administrador del cuidado de la salud está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
Escriba a	UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio 5900 Parkwood Place Dublin, OH 43016

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección C Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento Disponible las 24 Horas del Día

Si usted necesita servicios de salud mental o para el consumo de sustancias, llame a la línea de nuestro Servicio al Cliente para recibir ayuda. También puede ir por su cuenta directamente a un proveedor contratado que esté certificado por el Departamento de Salud Mental y Servicios para Adicciones de Ohio (OhioMHAS) para recibir servicios.

Método	Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento — Información de contacto
Llame al	**1-877-542-9236**. Esta llamada es gratuita. La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711**. Esta llamada es gratuita. La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Sección C1 Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento

- Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento
- Preguntas sobre servicios para trastornos por consumo de sustancias

Sección D Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una organización llamada Livanta actúa como la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de Ohio. Está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. Livanta no tiene relación con nuestro plan.

Método	Livanta — Información de contacto
Llame al	**1-888-524-9900**
TTY	**1-888-985-8775**. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen problemas para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	Ohio Livanta 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	**livantaqio.com/es**

Sección D1 Cuándo comunicarse con Livanta

- Preguntas sobre el cuidado de su salud

  Puede presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:

  – tiene un problema con la calidad del cuidado,

  – cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto; **o**

  – piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminarán demasiado pronto.

Sección E Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Método	Medicare — Información de contacto
Llame al	**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	**1-877-486-2048**. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen problemas para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	**es.medicare.gov** Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de convalecencia, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros de cuidados paliativos. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene guías que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local, posiblemente le permitan usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare al número indicado anteriormente y decirles lo que está buscando. Buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.

Sección F Cómo comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio

Medicaid ayuda con los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Ohio Medicaid paga las primas de Medicare de ciertas personas y paga los deducibles, los coseguros y los copagos de Medicare, excepto los de los medicamentos con receta. Medicaid cubre los servicios para el cuidado a largo plazo, como los servicios a domicilio y en la comunidad del “programa de exención”, además de los servicios en vivienda asistida y el cuidado a largo plazo en un asilo de convalecencia. También cubre servicios dentales y para la vista.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio le presta sus servicios cubiertos por Medicaid a través de un convenio de proveedores con el Departamento de Medicaid de Ohio. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Método	Departamento de Medicaid de Ohio — Información de contacto
Llame al	**1-800-324-8680**. Esta llamada es gratuita. La Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid está disponible de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	**711**. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen problemas para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	Ohio Department of Medicaid Bureau of Managed Care 50 W. Town Street, Suite 400 Columbus, Ohio 43215
Correo electrónico	**bmhc@medicaid.ohio.gov**
Sitio web	**medicaid.ohio.gov/provider/ManagedCare**

Si tiene preguntas o necesita hacer cambios en su dirección, en sus ingresos o en otro seguro, también puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado local. La información de contacto está disponible en Internet en: **jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf**.

Sección G Cómo comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio

El Ombudsman de MyCare Ohio actúa como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. El Ombudsman de MyCare Ohio también ayuda con inquietudes sobre cualquier aspecto del cuidado. Usted cuenta con ayuda para resolver disputas con proveedores, proteger sus derechos y presentar quejas o apelaciones ante nuestro plan.

El Ombudsman de MyCare Ohio colabora con la Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado, la cual defiende a los consumidores que reciben apoyos y servicios a largo plazo. El Ombudsman de MyCare Ohio no tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Método	Ombudsman de MyCare Ohio — Información de contacto
Llame al	**1-800-282-1206**. Esta llamada es gratuita. El Ombudsman de MyCare Ohio está a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	Servicio de Retransmisión de Ohio: **1-800-750-0750**. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen problemas para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	Ohio Department of Aging Attn: MyCare Ohio Ombudsman 246 N High St., 1st Floor Columbus, OH 43215-2406
Sitio web	**aging.ohio.gov/care-and-living/get-help/get-an-advocate/long-term-care-ombudsman** Puede presentar una queja en Internet en: **aging.ohio.gov/contact/**.

Sección H El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Participar en el "programa Ayuda Adicional" de Medicare, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para aquellos que califican, es más ventajoso que participar solo en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece al final de esta página o visite **es.medicare.gov** para saber si esta opción de pago es adecuada para usted.

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene las reglas y los términos específicos que usted debe conocer para recibir servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos con UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio. También le explica sobre su administrador del cuidado de la salud, cómo recibir cuidado de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (por ejemplo, de proveedores o farmacias fuera de la red), qué puede hacer cuando le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas para adquirir la propiedad del Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A **Información sobre "servicios", "servicios cubiertos", "proveedores", "proveedores de la red" y "farmacias de la red" 30**

Sección B **Reglas para recibir sus apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), para el cuidado de la salud y de salud del comportamiento cubiertos por el plan 30**

Sección C **Información sobre su equipo de cuidado de la salud y su administrador del cuidado de la salud 32**

Sección C1. Qué es la administración del cuidado de la salud 33

Sección C2. Cómo puede comunicarse con su administrador del cuidado de la salud 34

Sección C3. Cómo interactuará con su administrador del cuidado de la salud y su equipo de cuidado de la salud 34

Sección C4. Cómo puede cambiar de administrador del cuidado de la salud 34

Sección D **Cuidado de proveedores de cuidado primario, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red 35**

Sección D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario 35

Sección D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red 36

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D3. Qué puede hacer cuando un proveedor deja nuestro plan 38
Sección D4. Cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red 39

Sección E Cómo recibir apoyos y servicios a largo plazo (LTSS) 39

Sección F Cómo recibir servicios de salud del comportamiento 40

Sección G Cómo recibir servicios de transporte 40

Sección G1 Cómo recibir servicios de transporte 40

Sección H Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesita cuidado de urgencia, o durante una catástrofe 41

Sección H1 Cuidado de la salud cuando tiene una emergencia médica 41
Sección H2 Cuidado requerido de urgencia 43
Sección H3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe 44

Sección I Qué puede hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan 44

Sección I1 Qué puede hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 44

Sección J Cobertura de servicios para el cuidado de la salud cubiertos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 45

Sección J1 Definición de un estudio de investigación clínica 45
Sección J2 Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 46
Sección J3 Más información sobre estudios de investigación clínica 46

Sección K Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud cuando recibe cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud 46

Sección K1 Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud 46
Sección K2 Cómo recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud 47

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección L Equipo médico duradero (DME).....47

Sección L1 Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan.....47

Sección L2 Propiedad del Equipo médico duradero cuando usted se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 48

Sección L3 Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan 49

Sección L4 Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage.....49

Sección A Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores”, “proveedores de la red” y “farmacias de la red”

Servicios son cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, salud del comportamiento, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios. Servicios cubiertos son cualesquiera de estos servicios que pague nuestro plan. En la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios para el cuidado de la salud y los apoyos y servicios a largo plazo cubiertos.

Proveedores son los médicos, las enfermeras y otras personas que prestan servicios y cuidado. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo.

Proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usted usa un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos. La única excepción es si usted tiene una responsabilidad como paciente por el uso de servicios del programa de exención o de un centro de enfermería. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Las farmacias de la red nos facturan directamente los medicamentos con receta que usted obtiene. Cuando usted usa una farmacia de la red, solo paga el copago por sus medicamentos con receta. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

Sección B Reglas para recibir sus apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), para el cuidado de la salud y de salud del comportamiento cubiertos por el plan

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio cubre los servicios para el cuidado de la salud cubiertos por Medicare y Medicaid, entre ellos, apoyos y servicios a largo plazo y de salud del comportamiento.

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio generalmente pagará los servicios y el cuidado de la salud que usted reciba si sigue las reglas del plan. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- El cuidado que usted reciba debe ser un **beneficio del plan**. Para obtener información sobre los beneficios cubiertos, consulte el Capítulo 4, incluida la Tabla de Beneficios del plan.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. Médicamente necesario se refiere a que usted necesita los servicios, los suministros o los medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un asilo de convalecencia. También significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.
- El cuidado que usted reciba debe ser preautorizado por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio cuando se requiera. Para algunos servicios, su proveedor debe presentar información ante UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio y pedir una aprobación para que usted reciba el servicio. Esto se llama preautorización (prior authorization, PA). Para obtener más información, consulte la tabla del Capítulo 4.
- Usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su **proveedor de cuidado primario (PCP)** y administre su cuidado médico. Aunque usted no necesita una aprobación (llamada referencia) de su proveedor de cuidado primario para usar otros proveedores, sigue siendo importante que se comunique con su proveedor de cuidado primario antes de usar un especialista o después de haber ido a un departamento de urgencias o de emergencias. Esto le permite a su proveedor de cuidado primario administrar su cuidado para obtener los mejores resultados.
  - Si desea más información sobre cómo elegir un proveedor de cuidado primario, consulte la **Sección D**.
- **Debe recibir su cuidado de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá el cuidado que le proporcione un proveedor que no trabaja con el plan (un proveedor fuera de la red). En algunos casos como los siguientes, no se aplica esta regla:
  - El plan cubre el cuidado de emergencia o requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Si desea más información y saber qué significa cuidado de emergencia o requerido de urgencia, consulte la **Sección H**.
  - Si necesita cuidado que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionárselo, usted puede recibir este cuidado de un proveedor fuera de la red. Comuníquese con su Administrador del Cuidado de la Salud sobre este tema antes de recibir este cuidado. Se requerirá una preautorización. En esta situación, cubriremos el cuidado como si usted lo hubiera recibido de un proveedor de la red. Si desea información sobre cómo obtener una aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D**.
  - El plan cubre los servicios que usted recibió fuera de la red en Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC), en Clínicas de Salud Rurales (Rural Health Clinics, RHC) y de proveedores de planificación familiar calificados indicados en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

– Si estaba recibiendo servicios en vivienda asistida del programa de exención o servicios en un centro de enfermería a largo plazo de parte de un proveedor fuera de la red el día en que se hizo miembro o antes, podrá seguir recibiendo los servicios de ese proveedor fuera de la red.
– El plan cubre servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o no esté accesible momentáneamente. Usted puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
– Si es nuevo en nuestro plan, es posible que pueda seguir usando sus proveedores fuera de la red actuales durante un tiempo después de inscribirse. Esto se llama “período de transición”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 de esta guía y su Carta para Miembros Nuevos.

Sección C Información sobre su equipo de cuidado de la salud y su administrador del cuidado de la salud

Su equipo de cuidado de la salud incluye un Administrador del Cuidado de la Salud personal y su proveedor de cuidado primario como parte del equipo básico.

Nuestra meta es usar un enfoque centrado en la persona para evaluar y desarrollar un plan de cuidado con usted, su familia y sus cuidadores. Juntos, los integrantes de su Equipo de Cuidado de la Salud desarrollan un plan para satisfacer sus necesidades.

Llegaremos a conocer sus necesidades a través de una revisión de su información actual de salud, de salud mental y de consumo de sustancias. Recibirá una llamada de bienvenida del Equipo de Cuidado de la Salud Integrado para verificar la recepción de los materiales de bienvenida e identificar cualquier necesidad inmediata de cuidado de la salud, de salud mental o por consumo de sustancias.

Identificaremos lo que usted necesite para ayudarle a mantener su salud y salud mental, y a sentirse lo mejor posible, por ejemplo: ¿qué tipos de medicamentos necesita hoy o necesitará en el futuro? ¿Tiene alguna necesidad médica, de salud mental o por consumo de sustancias para la cual su médico, proveedor de servicios de salud mental o proveedor para el consumo de sustancias hayan hecho planes o recomendaciones?

Todo gira en torno a sus necesidades de salud, de salud mental y por consumo de sustancias.

Cómo funciona:

- Repasaremos su historial de salud, de salud mental y de consumo de sustancias, y nos aseguraremos de que tengamos todo lo que usted necesite.
- Crearemos un plan personalizado de cuidado según sus necesidades individuales.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Coordinaremos con familiares, cuidadores y proveedores de cuidado de la salud, de servicios de salud mental y para el consumo de sustancias.
- Le ayudaremos a verificar que reciba los servicios que necesite.

Sección C1 Qué es la administración del cuidado de la salud

Su Administrador del Cuidado de la Salud le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y a ponerle en contacto con los recursos locales. Colabora con su equipo de cuidado de la salud para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) ofrece servicios de administración del cuidado de la salud a todos los miembros. Cuando usted se inscriba por primera vez en nuestro plan, recibirá una evaluación de sus necesidades de cuidado de la salud durante los primeros 15 a 75 días después de la fecha de vigencia de su inscripción, según su estado de salud. Su Administrador del Cuidado de la Salud o su Trabajador de Salud Comunitario le llamarán para programar esta evaluación. Su Trabajador de Salud Comunitario les dará la bienvenida a los nuevos miembros de nuestro plan, realizará Evaluaciones de Riesgos para la Salud y coordinará las necesidades identificadas de los miembros con el Departamento de Administración del Cuidado de la Salud.

El Administrador del Cuidado de la Salud es el director de su plan de cuidado. Mediante una herramienta de evaluación computarizada, su Administrador del Cuidado de la Salud documenta información que ayuda a todo su equipo de cuidado de la salud a evaluar sus necesidades y problemas de salud, de salud mental y de consumo de sustancias. Su Administrador del Cuidado de la Salud también colabora con su equipo de cuidado de la salud para definir un plan de cuidado que satisfaga sus necesidades.

El Administrador del Cuidado de la Salud cuenta con el nivel apropiado de profesionales y trabajadores de la salud con licencia de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) para apoyar este esfuerzo. Estos pueden incluir un Trabajador Social con Licencia (Licensed Social Worker, LSW) o un Trabajador Social Independiente con Licencia (Licensed Independent Social Worker, LISW), un Asesor Profesional con Licencia (Licensed Professional Counselor, LPC) o un Asesor Profesional Clínico con Licencia (Licensed Professional Clinical Counselor, LPCC), una Enfermera Titulada (Registered Nurse, RN), una Enfermera de Práctica con Licencia (Licensed Practical Nurse, LPN), un especialista en discapacidad o vejez, un especialista en salud del comportamiento, un especialista en apoyo de pares y un Trabajador de Salud Comunitario. El Administrador del Cuidado de la Salud es el punto de contacto responsable de dirigir su plan de cuidado.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección C2 Cómo puede comunicarse con su administrador del cuidado de la salud

Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud, llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). Estas llamadas son gratuitas.

Sección C3 Cómo interactuará con su administrador del cuidado de la salud y su equipo de cuidado de la salud

Determinaremos el alcance del equipo de coordinación del cuidado de la salud según sus necesidades de salud, de salud mental y por consumo de sustancias, los requisitos que usted cumpla para recibir los servicios, sus necesidades culturales y de idioma, el apoyo familiar o comunitario, y el diseño del programa estatal. Nuestra meta es identificar un coordinador del cuidado de la salud con la especialidad clínica necesaria y asignárselo para que satisfaga sus necesidades de la mejor manera. Sin embargo, si usted desea cambiar de Administrador del Cuidado de la Salud, puede llamar al Departamento de Administración del Cuidado de la Salud al **1-877-542-9236** (TTY **711**).

Dado que sus necesidades de salud, de salud mental y por consumo de sustancias pueden cambiar de vez en cuando, su Administrador del Cuidado de la Salud será responsable de compartir esos cambios con el equipo de cuidado de la salud que le ayuda a usted. Desde luego, siempre se tiene en cuenta su opinión y permiso a la hora de compartir su plan de cuidado. Para poder coordinar su cuidado, su Equipo de Cuidado de la Salud debe saber cuál es su plan de cuidado más actualizado, que puede incluir exámenes, procedimientos y visitas a especialistas. El Administrador del Cuidado de la Salud llevará un control y realizará un seguimiento de sus medicamentos, ya que estos también pueden cambiar de vez en cuando. Es importante que usted y su Equipo de Cuidado de la Salud comprendan los cambios en sus medicamentos.

Nuestra meta es prestar servicios a nuestros miembros a través de un programa integral e integrado de administración del cuidado de la salud que apoye la decisión de las personas de vivir en el lugar menos restrictivo posible, mantener la independencia y ayudar a superar las barreras.

Sección C4 Cómo puede cambiar de administrador del cuidado de la salud

Si desea cambiar de administrador del cuidado de la salud, llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). Estas llamadas son gratuitas.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D Cuidado de proveedores de cuidado primario, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red

Sección D1 Cuidado de un proveedor de cuidado primario

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que proporcione y administre su cuidado.

Definición de "proveedor de cuidado primario" y lo que hace este proveedor

- Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es un médico, un grupo médico, una enfermera de práctica avanzada, una enfermera especialista certificada, un asistente médico o un grupo de enfermería de práctica avanzada de la red con licencia que usted elige para que le preste o coordine sus servicios cubiertos.
- Los proveedores de cuidado primario son médicos que se especializan en medicina general/familiar, medicina interna, pediatría, geriatría y obstetricia y ginecología (obstetrics/gynecology, OB/GYN). En determinadas circunstancias, los miembros pueden consultar a otros especialistas que podrían considerarse proveedores de cuidado primario. Por ejemplo, podría ser un cardiólogo; y usted colaborará con su Administrador del Cuidado de la Salud para coordinar los servicios. A veces, puede haber un motivo por el que un especialista tiene que ser su proveedor de cuidado primario. Un especialista actúa como proveedor de cuidado primario para los miembros que tienen necesidades muy complejas de cuidado de la salud. Si usted o su especialista creen que el especialista debería ser su proveedor de cuidado primario, deben hablar con su Administrador del Cuidado de la Salud sobre este tema.
- La relación con su proveedor de cuidado primario es importante porque este médico es responsable de la coordinación del cuidado de su salud y, además, es responsable de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Le recomendamos que le pida ayuda a su proveedor de cuidado primario para elegir un especialista de la red y que, después de una visita a un especialista, realice un seguimiento con su proveedor de cuidado primario. El proveedor que le proporciona el cuidado es la persona responsable de obtener la aprobación (preautorización) para los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 como servicios que necesitan una aprobación. Usted será responsable de entablar y mantener una relación con su proveedor de cuidado primario.
- Una clínica comunitaria, como una clínica de medicina familiar, una Clínica de Cuidado de la Salud Aprobada a Nivel Federal (FQHC) o una Clínica de Salud Rural (RHC), puede actuar como su proveedor de cuidado primario. Si usted elige una clínica, una Clínica de Cuidado de la Salud Aprobada a Nivel Federal o una Clínica de Salud Rural, el nombre de esa clínica aparecerá en su tarjeta de ID de miembro. En este caso, usted puede consultar a cualquier proveedor dentro de la clínica, la Clínica de Cuidado de la Salud Aprobada a Nivel Federal o la Clínica de Salud Rural.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Algunos lugares de los Proveedores de Cuidado Primario podrían tener residentes médicos, enfermeras especialistas y proveedores asistentes que le proporcionen cuidado bajo la supervisión de su proveedor de cuidado primario. Si bien usted puede recibir su cuidado en una clínica hospitalaria o en un centro de salud comunitario (una Clínica de Salud Rural, una Clínica de Cuidado de la Salud Aprobada a Nivel Federal o una clínica de Planificación Familiar), trataremos de asignarle un médico de esa clínica para que sea el principal responsable de su cuidado.

Su elección de proveedor de cuidado primario

En el momento de la inscripción, el plan le ayudará a elegir un proveedor de cuidado primario. Servicio al Cliente puede ayudarle a elegir un nuevo proveedor de cuidado primario siempre que sea necesario. Si desea usar un especialista o un hospital en particular, primero verifique que esté dentro de nuestra red de proveedores.

Para obtener una copia del **Directorio de la Red de Proveedores y Farmacias** más reciente o para recibir ayuda para elegir un proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o use nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en Internet en **es.UHCCommunityPlan.com**.

Opción para cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo. Puede cambiarlo por otro de la red una vez al mes. Además, es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de nuestro plan. Si su proveedor deja nuestra red, podemos ayudarle a buscar uno nuevo.

Si usted desea cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente. Los cambios de proveedor de cuidado primario que se realicen dentro del primer mes de membresía entrarán en vigencia en la fecha de la solicitud. Si usted solicita un cambio de proveedor de cuidado primario después del primer mes de membresía, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva tarjeta de ID de membresía que incluirá el nombre y el número de teléfono de su nuevo proveedor de cuidado primario.

Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Cuando usted y su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) determinen que usted debe usar otro médico (especialista), su proveedor de cuidado primario le referirá a ese médico. Esto significa que el médico le recomienda otro médico para que usted use. **Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para usar a un especialista o a un proveedor de servicios de salud mental o para el consumo de sustancias de la red.** Aunque no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para usar un especialista de la red, su proveedor de cuidado primario puede recomendarle un especialista de la red apropiado para sus problemas médicos, de salud mental o por consumo de sustancias, responder las preguntas que usted tenga sobre el plan de cuidado de un especialista de la red y proporcionar cuidado de la salud de seguimiento según sea necesario. Para la coordinación del cuidado de la salud, le recomendamos que, cuando use un especialista de la red, le avise a su proveedor de cuidado primario y a su Equipo de Cuidado de la Salud. Su Equipo de Cuidado de la Salud puede ayudarle a obtener una preautorización si la necesita.

Una preautorización significa que usted debe obtener la aprobación del plan antes de recibir un servicio o medicamento específico. Tomaremos la decisión de preautorización y les informaremos a usted y a su proveedor lo que hayamos decidido. El proveedor que le prestará el servicio es el responsable de obtener la preautorización. Para obtener información sobre qué servicios requieren una preautorización, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, que contiene una lista de los especialistas del plan a su disposición a través de su red. O bien, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en Internet en el sitio web que se indica en el Capítulo 2 de esta guía.

Obtenga más información sobre los médicos de la red.

Para obtener información sobre los médicos de la red, puede visitar **es.UHCCommunityPlan.com** o llamar a Servicio al Cliente. Podemos darle la siguiente información:

- Nombre, dirección, números de teléfono.
- Títulos académicos y acreditaciones profesionales.
- Especialidad.
- Facultad de medicina a la que asistieron.
- Residencia terminada.
- Estatus de certificación de la Junta Médica.
- Idiomas hablados.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D3 Qué puede hacer cuando un proveedor deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted esté usando deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de cuidado primario o de servicios de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si le ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para seguir manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a pedir que continúen si son médicamente necesarios, y colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, debemos hacer los arreglos necesarios para que un especialista fuera de la red le proporcione su cuidado cuando no haya un proveedor o beneficio adecuado o disponible dentro de la red para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si usted cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, tiene derecho a presentar una queja. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y administrar su cuidado. Puede llamarnos al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D4 Cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red

Solamente pagaremos el cuidado que usted reciba de proveedores fuera de la red si siguió las reglas que se describen en la Sección C **"Debe recibir su cuidado de proveedores de la red"** de este capítulo. El proveedor es responsable de llamarnos y de obtener cualquier preautorización (PA) que sea necesaria. Para obtener más información sobre los servicios que necesitan una preautorización, consulte el Capítulo 4.

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare o en Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumpla los requisitos para participar en Medicare ni en Medicaid.
- Si usa un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted podría tener que pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no cumplen los requisitos para participar en Medicare.

Sección E Cómo recibir apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)

Los Apoyos y Servicios para el Cuidado a Largo Plazo/en Centros de Enfermería están cubiertos por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid). Hay una amplia variedad de apoyos y servicios a domicilio y en la comunidad disponibles para usted a fin de permitirle vivir de la manera más independiente posible. Usted, su proveedor de cuidado primario y su equipo de Cuidado de la Salud consideran cuál es el lugar más apropiado para recibir servicios para el cuidado a largo plazo a fin de asegurar que satisfagamos sus necesidades y que usted reciba los servicios, ya sea en la comunidad, en una residencia de vivienda asistida o en un centro de enfermería.

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado ayuda a las personas a obtener información sobre los servicios para el cuidado a largo plazo en asilos de convalecencia y en su domicilio o comunidad, así como a resolver problemas entre proveedores y miembros o sus familiares. Puede ayudarle a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan con respecto a su asilo de convalecencia o sus apoyos y servicios para el cuidado a largo plazo. Usted puede llamar al **1-800-282-1206**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas. Puede presentar una queja en Internet en: **aging.ohio.gov/contact/** o enviar una carta a:

Ohio Department of Aging: LTC Ombudsman
246 N High St., 1st Floor
Columbus, OH 43215-2406

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F Cómo recibir servicios de salud del comportamiento

Si necesita servicios de salud mental o para el consumo de sustancias (salud del comportamiento), llame a Servicio al Cliente. También puede buscar proveedores adicionales de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio en nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com** y en nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias de la Red**.

Puede utilizar un proveedor certificado por el Departamento de Salud Mental y Servicios para Adicciones de Ohio (OhioMHAS). Si decide usar un proveedor certificado por el Departamento de Salud Mental y Servicios para Adicciones de Ohio, no necesita una preautorización (PA) para recibir terapia como paciente ambulatorio siempre y cuando el proveedor esté contratado. El proveedor debe obtener una preautorización (PA) de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio antes de prestarle otros servicios. Estos servicios pueden incluir servicios intensivos para pacientes ambulatorios, hospitalización parcial, servicios de tratamiento con apoyo psiquiátrico comunitario, pruebas psicológicas, desintoxicación ambulatoria y mantenimiento con metadona.

Los servicios de proveedores que no están certificados por el Departamento de Salud Mental y Servicios para Adicciones de Ohio que requieren una autorización incluyen: servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, desintoxicación para pacientes hospitalizados, terapia electroconvulsiva (electroconvulsive therapy, ECT) para pacientes ambulatorios, servicios intensivos para pacientes ambulatorios, hospitalización parcial, pruebas psicológicas y desintoxicación ambulatoria.

Sección G Cómo recibir servicios de transporte

Si necesita que le lleven al consultorio de su proveedor de cuidado primario o de otro proveedor médico, podríamos ayudarle si debe viajar a 30 millas o más de su domicilio para recibir servicios cubiertos para el cuidado de la salud. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio proporcionará el transporte desde y hacia el consultorio del proveedor.

Sección G1 Cómo recibir servicios de transporte

- Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
- Debe llamar al menos 48 horas antes de su cita para recibir ayuda.
- Es necesario hacer reservas, y usted debe tener una cita programada (excepto en caso de cuidado de urgencia o de emergencia).

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- La cobertura incluye viajes en ambulancia y en vehículo para traslado de personas con movilidad reducida, y viajes a más de 30 millas cuando no hay un proveedor más cerca a su disposición que pueda prestar el mismo servicio. El plan de servicios del programa de exención del miembro determina el transporte de dicho programa.

Además de la asistencia con el transporte que proporciona UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, usted puede seguir recibiendo asistencia con el transporte para ciertos servicios a través del programa de Transporte que No Es de Emergencia (Non-Emergency Transportation, NET). Si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios de este programa, llame al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado local.

Sección H Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesita cuidado de urgencia, o durante una catástrofe

Sección H1 Cuidado de la salud cuando tiene una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una enfermedad con síntomas como dolor grave o una lesión grave. El caso es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:

- un riesgo grave para su salud o, si está embarazada, la de su feto; **o**
- un daño grave en las funciones corporales; **o**
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
  – no hay suficiente tiempo para trasladarle de forma segura a otro hospital antes del parto.
  – un traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su feto.

Qué puede hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias, al hospital o a otro centro apropiado, lo que le quede más cerca. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita obtener primero la aprobación ni una referencia de su proveedor de cuidado primario ni de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio. No es necesario usar un proveedor de la red. Usted puede recibir cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Asegúrese de decirle al proveedor que usted es miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio. Muéstrele al proveedor su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.
- **En cuanto sea posible, asegúrese de avisarle a nuestro plan de su emergencia.** Debemos realizar un seguimiento de su cuidado de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para avisarnos que recibió cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo no mayor de 48 horas. Además, si es admitido en el hospital, asegúrese de que llamen a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio en un plazo no mayor de 48 horas al número de teléfono que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID. Sin embargo, no tendrá que pagar servicios para emergencias si se demora en avisarnos.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Usted puede recibir cuidado de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Si desea más información, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le proporcionen cuidado de emergencia. Esos médicos nos avisarán cuando su emergencia médica haya terminado.

Una vez que la emergencia haya pasado, es posible que usted necesite cuidado médico de seguimiento para asegurarse de que mejore. Nuestro plan cubrirá su cuidado médico de seguimiento. Si usted recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible. Si el proveedor que le está tratando por una emergencia se ocupa de su emergencia, pero cree que usted necesita otro cuidado médico para tratar el problema que provocó la emergencia, el proveedor debe llamarnos lo antes posible.

Qué puede hacer si tiene una emergencia de salud del comportamiento

Si usted necesita servicios de salud mental o para el consumo de sustancias, llame a la línea de nuestro Servicio al Cliente para recibir ayuda. También puede ir por su cuenta directamente a un proveedor contratado que esté certificado por el Departamento de Salud Mental y Servicios para Adicciones de Ohio (OhioMHAS) para recibir servicios. Llame al **1-877-542-9236**. Esta llamada es gratuita. La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Cuidado de emergencia recibido cuando no era una emergencia

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud del comportamiento. Podría suceder que usted vaya para recibir cuidado de emergencia y que el médico diga que en realidad no era una emergencia. Siempre y cuando haya sido razonable pensar que su salud o la salud de su feto estaban en grave peligro, cubriremos su cuidado.

Sin embargo, una vez que el médico diga que *no* era una emergencia, cubriremos su cuidado adicional *solamente* si:

- usted usa un proveedor de la red, **o**
- el cuidado adicional que recibe se considera "cuidado requerido de urgencia" y usted sigue las reglas para recibir este cuidado. (Consulte la próxima sección.)

Sección H2 Cuidado requerido de urgencia

Definición de cuidado requerido de urgencia

Cuidado requerido de urgencia es el cuidado que usted recibe para una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Por ejemplo, usted podría tener una intensificación de un problema existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Cuidado requerido de urgencia cuando se encuentra dentro del área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos el cuidado requerido de urgencia solamente si:

- usted recibe este cuidado de un proveedor de la red, **y**
- sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no es posible o razonable visitar a un proveedor de la red, por cuestiones de tiempo, lugar o circunstancias, cubriremos el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede encontrar una lista de los Centros de Cuidado de Urgencia contratados en el Directorio de Proveedores y Farmacias, o llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Cuidado requerido de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, quizás no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre el cuidado requerido de urgencia ni ningún otro cuidado que usted reciba fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección H3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir cuidado de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.

Para obtener información sobre cómo recibir el cuidado que necesite durante una catástrofe, visite el siguiente sitio web: **uhc.com/disaster-relief-info** o comuníquese con Servicio al Cliente.

Durante una catástrofe declarada, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos recibir cuidado de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, podrá surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

Sección I Qué puede hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan

Los proveedores deben facturarnos por prestarle servicios cubiertos. Usted no debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos por el plan. Si un proveedor le envía una factura por un servicio cubierto en lugar de enviarla al plan, usted puede pedirnos que la paguemos. Llame a Servicio al Cliente lo antes posible para proporcionarnos los datos de la factura.

No debe pagar la factura. Si lo hace, el plan no podrá hacerle un reembolso.

Si un proveedor o una farmacia desean que usted pague servicios cubiertos, si usted ya pagó servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios cubiertos, **consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer.**

Sección I1 Qué puede hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio cubre todos los servicios:

- que sean médicamente necesarios, **y**
- que se encuentren en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4), **y**
- que usted reciba mientras siga las reglas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **es posible que usted tenga que pagar el costo total**.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si desea saber si pagaremos cualquier servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 explica qué hacer si usted desea que el plan cubra un artículo o servicio médico. También le explica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. Además, usted puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si usted no tiene la preautorización de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio para excederse del límite, es posible que tenga que pagar el costo total para recibir más servicios de ese tipo. Llame a Servicio al Cliente para saber cuáles son los límites, cuánto le falta para alcanzarlos y qué debe hacer su proveedor para pedir que se exceda el límite si cree que es médicamente necesario.

Sección J Cobertura de servicios para el cuidado de la salud cubiertos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Sección J1 Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de la salud o de medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele pedir voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar y expresa su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le proporcionará información sobre el estudio y determinará si usted califica para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla las condiciones necesarias. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Durante su participación en el estudio, podrá seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, seguirá recibiendo el cuidado de nuestro plan que no esté relacionado con el estudio.

Si usted desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no tiene que avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. No es necesario que los proveedores que le proporcionan cuidado de nuestro plan como parte del estudio sean proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar los beneficios. Estos incluyen ciertos beneficios especificados conforme a las determinaciones nacionales de cobertura que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (national coverage determinations-coverage with evidence development, NCD-CED) y los estudios de exención de dispositivos en investigación (investigational device exemption, IDE), y pueden estar sujetos a una preautorización y a otras reglas del plan.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Le recomendamos que nos avise antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su Administrador del Cuidado de la Salud deberían comunicarse con Servicio al Cliente para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

Sección J2 Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario de un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio, y Medicare pagará los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su cuidado. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- Habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo cuidado.

Si participa en un estudio que Medicare **no aprobó**, usted tendrá que pagar todos los costos por participar en el estudio. Ohio Medicaid no cubre los estudios de investigación clínica.

Sección J3 Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, puede leer la publicación “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov/publications/02226-s-medicare-and-clinical-research-studies.pdf**). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección K Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud cuando recibe cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Sección K1 Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un lugar que proporciona el cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir el cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

religiosas, cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud.

Este beneficio es solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

Sección K2 Cómo recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, debe firmar un documento legal que afirme que usted se opone a recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- El tratamiento médico "no exceptuado" es todo cuidado que es voluntario y no requerido por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es todo cuidado que no es voluntario y que se requiere según la ley federal, estatal o local.

Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos del cuidado.
- Si esta institución le presta servicios en un centro, se aplica lo siguiente:
  - Usted debe tener una enfermedad que le permitiría recibir servicios cubiertos para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o para el cuidado en un centro de enfermería especializada.
  - Usted debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.
  - Los límites de cobertura de Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados son los mismos que los que se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Sección L Equipo médico duradero (DME)

Sección L1 Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan

El Equipo médico duradero incluye ciertos artículos indicados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Usted siempre será el propietario de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección, se explica el Equipo médico duradero que usted debe alquilar. Como miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, por lo general, usted no adquirirá la propiedad del Equipo médico duradero, sin importar cuánto tiempo lo alquile. En ciertas situaciones limitadas, le transferiremos la propiedad de un artículo de Equipo médico duradero. Para saber los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar, llame a Servicio al Cliente.

Aunque haya tenido el Equipo médico duradero hasta 12 meses consecutivos conforme a Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, no adquirirá la propiedad del equipo.

Sección L2 Propiedad del Equipo médico duradero cuando usted se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de Equipo médico duradero adquieren su propiedad después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de Equipo médico duradero para adquirir su propiedad.

Nota: Puede encontrar definiciones de Medicare Original y de Planes Medicare Advantage en el Capítulo 11. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual **Medicare Y Usted** 2025. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (**es.medicare.gov**) o pedirla por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Usted deberá realizar 13 pagos consecutivos conforme a Medicare Original o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de Equipo médico duradero si:

- no adquirió la propiedad del artículo de Equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan; **y**
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o en un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el artículo de Equipo médico duradero conforme a Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage no se toman en cuenta para alcanzar los pagos que usted debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos conforme a Medicare Original o una serie de nuevos pagos consecutivos establecida por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de Equipo médico duradero.
- Si regresa a Medicare Original o al plan Medicare Advantage, este caso no admite excepciones.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección L3 Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno se debe devolver cuando deje de ser médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

Sección L4 Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, lo alquilará a un distribuidor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubrirán el equipo de oxígeno y los suministros y servicios indicados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**:

- su distribuidor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- su distribuidor debe proporcionar el equipo de oxígeno y los suministros durante 5 años como máximo si son médicamente necesarios.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- su distribuidor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier distribuidor.
- comienza un nuevo período de 5 años.
- usted alquilará el equipo a un distribuidor durante 36 meses.
- su distribuidor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- comienza un nuevo ciclo cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Usted puede preguntar a su plan Medicare Advantage qué equipos de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.

Capítulo 4

Tabla de Beneficios

Introducción

Este capítulo le explica los servicios que cubre UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, las restricciones a esos servicios o los límites en estos, y cuánto paga usted por cada servicio. También describe los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A **Sus servicios cubiertos 52**
Sección A1 Durante las emergencias de salud pública..... 52
Sección B **Reglas para que los proveedores no le cobren servicios 53**
Sección C **La Tabla de Beneficios de nuestro plan 53**
Sección D **La Tabla de Beneficios 55**
Sección D1 Visitas preventivas..... 55
Sección D2 Exámenes y servicios preventivos 56
Sección D3 Otros servicios..... 64
Sección E **Servicios cuando está lejos de su domicilio o fuera del área de servicio 104**
Sección F **Beneficios cubiertos fuera de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio 104**
Sección F1 Cuidados paliativos..... 104
Sección G **Beneficios que no cubre UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, Medicare ni Medicaid 105**

Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud, llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A Sus servicios cubiertos

Este capítulo le explica los servicios que cubre UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, cómo acceder a los servicios y si hay algún límite en los servicios. También puede saber qué servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5 y la información sobre lo que usted paga por los medicamentos se encuentra en el Capítulo 6.

Dado que usted recibe ayuda de Medicaid, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos que se explican en este capítulo, siempre y cuando siga las reglas del plan. Para obtener información detallada sobre las reglas del plan, consulte el Capítulo 3. Sin embargo, es posible que usted deba pagar un cargo de "responsabilidad como paciente" por el uso de servicios del programa de exención o de un centro de enfermería que estén cubiertos a través de su beneficio de Medicaid. El Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad como paciente.

Si necesita ayuda para entender los servicios que están cubiertos o cómo acceder a los servicios, llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) o a su Administrador del Cuidado de la Salud al **1-877-542-9236**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección A1 Durante las emergencias de salud pública

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir cuidado de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio. Durante una catástrofe declarada, algunos servicios de telesalud estarán disponibles para los pacientes conforme a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, según las reglas de nuestros reguladores locales y federales. La duración de la cobertura de estos servicios seguirá las reglas estatales y federales. Para obtener más información, llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio cubrirá los servicios relacionados con la COVID-19 (pruebas, tratamientos y vacunas) sin copagos.

Pruebas de COVID-19

Usted puede buscar los sitios donde se realizan pruebas de COVID-19 en Internet en **coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers**.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Vacunas contra la COVID-19

El Departamento de Salud de Ohio (Ohio Department of Health, ODH) cuenta con una herramienta de búsqueda que usted puede usar para buscar un proveedor de vacunas. Puede buscar en el directorio por condado y por código postal. Muestra los proveedores que actualmente reciben envíos de vacunas contra la COVID-19. Para obtener información y conocer los sitios de vacunación, usted puede visitar **vaccine.coronavirus.ohio.gov/** o llamar al Departamento de Salud de Ohio al número gratuito **833-427-5634**.

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio puede ayudarle a buscar un sitio de vacunación o que realice pruebas en su comunidad. También puede ayudarle con la programación y el transporte para su cita. Use la información que aparece al pie de la página para comunicarse con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio o con Nurse Advice Hotline al **1-877-542-9236** (TTY **711**).

El Departamento de Salud de Ohio informa regularmente sobre las novedades con respecto a las fases de los requisitos para vacunarse en **coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program**.

Sección B Reglas para que los proveedores no le cobren servicios

Excepto según lo indicado anteriormente, no permitimos que los proveedores de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio le facturen servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. Incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio cubierto.

Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto llegara a ocurrir, consulte el Capítulo 7 o llame a Servicio al Cliente.

Sección C La Tabla de Beneficios de nuestro plan

La siguiente Tabla de Beneficios de la Sección D es una lista general de los servicios que cubre el plan. Indica los servicios preventivos primero y luego las categorías de otros servicios en orden alfabético. También explica los servicios cubiertos, cómo acceder a los servicios y si hay alguna restricción a los servicios o algún límite en estos. Si no puede encontrar el servicio que está buscando, si tiene preguntas o si necesita información adicional sobre los servicios cubiertos y cómo acceder a ellos, comuníquese con Servicio al Cliente o con su Administrador del Cuidado de la Salud.

Cubriremos los servicios que se encuentran en la Tabla de Beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas:

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid se deben prestar según las reglas establecidas por Medicare y el Departamento de Medicaid de Ohio.
- Los servicios (que incluyen el cuidado, los servicios, los suministros y los equipos médicos, así como los medicamentos) deben ser un beneficio del plan y deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesita razonablemente los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un asilo de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.
  - Si UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio decide que un servicio no es médicamente necesario o no está cubierto, usted o alguien autorizado para actuar en nombre de usted puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.
- Para los nuevos miembros, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan Medicare Advantage puede no requerir preautorización para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe cuidado de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará el cuidado que usted reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, encontrará más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado de la salud que proporciona y administra su cuidado.
- Algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios solamente están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se llama preautorización (PA). Además, algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red realizan una indicación por escrito para que usted reciba el servicio.
  - Si no está seguro de que un servicio requiera una preautorización, comuníquese con su Administrador del Cuidado de la Salud o con Servicio al Cliente, o visite nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**.
  - En la Tabla de Beneficios, marcamos con una cruz (†) los servicios cubiertos que podrían necesitar una preautorización.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Usted no paga nada por los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura descritos anteriormente. La única excepción es si usted tiene una responsabilidad como paciente por el uso de servicios del programa de exención o en un centro de enfermería según lo determinado por el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado.

Evaluación de nuevas tecnologías.

Aún no se ha comprobado la eficacia de algunas prácticas y tratamientos médicos. UnitedHealthcare Community Plan revisa los nuevos tratamientos, prácticas, pruebas y tecnologías a nivel nacional para tomar decisiones sobre nuevas prácticas y tratamientos médicos, y sobre para qué enfermedades se pueden usar. Esta información es revisada por un comité formado por médicos, enfermeras, farmacéuticos y expertos invitados de UnitedHealthcare Community Plan que toman la decisión final sobre la cobertura. Si usted desea obtener más información sobre cómo tomamos decisiones sobre nuevas prácticas y tratamientos médicos, llámenos al **1-877-542-9236**, TTY **711**.

Sección D La Tabla de Beneficios

Sección D1 Visitas preventivas

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Examen médico anual En esta visita, se crea o actualiza un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Los exámenes médicos anuales están cubiertos una vez cada 12 meses. **Nota:** Usted no se puede realizar su primer examen médico anual durante el lapso de 12 meses después de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Su cobertura de los exámenes médicos anuales comenzará después de que usted haya tenido la Parte B durante 12 meses. No es necesario que haya realizado primero la visita “Bienvenido a Medicare”.	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Visita "Bienvenido a Medicare" Si usted ha estado inscrito en la Parte B de Medicare durante 12 meses o menos, puede realizar una visita preventiva "Bienvenido a Medicare" por única vez. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Esta visita incluye: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesite (incluidos los exámenes de detección y las vacunas), **y** • referencias para recibir otro cuidado, si lo necesita.	
Examen preventivo para niños (también conocido como Healthchek) Healthchek es el beneficio de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) de Ohio para todos los beneficiarios de Medicaid desde el nacimiento hasta los 21 años. Healthchek cubre exámenes médicos, dentales, nutricionales, de la vista, de la audición, del desarrollo y de salud mental. También incluye vacunas, información educativa sobre la salud y análisis de laboratorio.	†

Sección D2 Exámenes y servicios preventivos

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal El plan cubre una ecografía de detección realizada por única vez para las personas que estén en riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera especialista o especialista en enfermería clínica.	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol El plan cubre evaluaciones de consumo indebido de alcohol para adultos, incluidas las mujeres embarazadas. Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento breves en persona a cargo de un profesional médico o un proveedor de cuidado primario calificados.	
Mediciones de masa ósea El plan cubre ciertos procedimientos para los miembros que califican (generalmente, aquellos que estén en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o revelan la calidad ósea. El plan también cubrirá la interpretación de los resultados por parte de un médico.	
Examen de detección de cáncer de seno El plan cubre los siguientes servicios: • Una mamografía basal entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Las mujeres menores de 35 años en alto riesgo de tener cáncer de seno también podrían cumplir los requisitos para realizarse mamografías • Exámenes clínicos de seno anuales	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (cardíaca) (terapia para enfermedad cardíaca) El plan cubre visitas con su proveedor de cuidado primario para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su proveedor puede: • analizar el uso de aspirina, • controlarle la presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que usted se alimente bien.	
Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares (cardíacas) El plan cubre análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares. Estos análisis de sangre también detectan defectos debido a factores de alto riesgo de enfermedad cardíaca.	
Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina El plan cubre pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos anuales para todas las mujeres.	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Examen de detección de cáncer colorrectal El plan pagará los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de un enema de bario o una colonoscopia de detección previos. • Sigmoidoscopia flexible para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes que están en alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces fecales para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a una colonoscopia para los pacientes que están en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no están en alto riesgo y que son mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces fecales no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo.	

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Asesoramiento e intervenciones para dejar de fumar o de usar tabaco El plan cubre el asesoramiento y la intervención para dejar de usar tabaco. Como servicio preventivo, el plan cubre el asesoramiento para intentar dejar el tabaco, que le proporciona su proveedor de cuidado primario, así como Tobacco Quitline. Usted puede llamar al **1-800-QUITNOW** o al **1-800-784-8669** en cualquier momento.	†
Servicios dentales El plan cubre los siguientes servicios: • examen bucal completo (uno por cada relación proveedor-paciente) • examen bucal periódico una vez cada 180 días para miembros menores de 21 años y una vez cada 365 días para miembros mayores de 21 años • servicios preventivos, que incluyen profilaxis, fluoruro para miembros menores de 21 años, selladores y mantenedores de espacio • radiografías/estudios por imágenes de diagnóstico de rutina • servicios dentales integrales, entre ellos, servicios quirúrgicos, restaurativos, de diagnóstico, de endodoncia, de periodoncia, de prostodoncia, de prótesis maxilofaciales, de implantes, de ortodoncia y que no sean de rutina Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales que preceden a un trasplante de riñón.	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Evaluación de depresión El plan cubre la evaluación de depresión.	
Pruebas de detección de la diabetes El plan cubre las pruebas de detección de la diabetes (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas). Sería conveniente que hable con su proveedor sobre estas pruebas si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, historial familiar de diabetes o historial de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre. Usted puede calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.	
Examen de glaucoma El plan cubre un examen de glaucoma cada año para los miembros menores de 20 años o mayores de 50 años, los miembros con historial familiar de glaucoma y los miembros con diabetes.	
Prueba de detección del VIH El plan cubre pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) para las personas que las piden o que están en mayor riesgo de contraer una infección por el VIH.	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Vacunas El plan cubre los siguientes servicios: • Vacunas para menores de 21 años • Vacuna contra la pulmonía • Vacunas antigripales, una vez cada estación de la gripe en el otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare o de Medicaid • Otras vacunas que cumplen las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Si desea más información, consulte el Capítulo 6.	
Examen de detección de cáncer de pulmón El plan pagará un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • Tiene entre 55 y 77 años, **y** • Realiza una visita de asesoramiento **y** toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • Fumó al menos 1 paquete de cigarrillos al día durante 20 años y no tiene signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma actualmente o ha dejado de hacerlo en los últimos 15 años.	Después del primer examen de detección, el plan pagará otro cada año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) El plan pagará los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare. Este programa está diseñado para ayudarle a aumentar sus hábitos saludables. Proporciona capacitación práctica en: • cambio dietario a largo plazo, **y** • mayor actividad física, **y** • estrategias para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida El plan cubre el asesoramiento para ayudarle a bajar de peso. Hable con su proveedor de cuidado primario para saber más.	Debe recibir el asesoramiento en un centro de cuidado primario. De esa manera, se lo puede manejar junto con su plan de prevención completo.
Exámenes de detección de cáncer de próstata El plan cubre los siguientes servicios: • Un tacto rectal • Una prueba de antígeno prostático específico (PSA)	
Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas El plan cubre pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual, que incluyen, entre otras, clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. El plan también cubre sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos.	Un proveedor de cuidado primario debe indicar las pruebas. El plan cubre estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo únicamente si están a cargo de un proveedor de cuidado primario. Las sesiones se deben realizar en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D3 Otros servicios

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Acupuntura El plan cubre acupuntura para el manejo del dolor de cabeza, del dolor lumbar, del dolor de cuello, del dolor causado por la artrosis de cadera o de rodilla, y del dolor posoperatorio agudo, así como para el alivio de las náuseas o los vómitos relacionados con el embarazo o la quimioterapia. El plan también pagará hasta 12 visitas en 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, definido como: • persistente por 12 semanas o más; • no específico (sin causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. El plan pagará 8 sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted presenta mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura cada año para el dolor lumbar crónico. Los tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico se deben interrumpir si usted no mejora o si empeora.	Se requiere una autorización para más de 30 visitas de acupuntura por cada año de beneficios.
Servicios de ambulancia y de camioneta para sillas de ruedas Los servicios cubiertos de transporte en ambulancia en situaciones de emergencia incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle. Su caso debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su salud o, si está embarazada, la vida o la salud del feto. En situaciones que no sean de emergencia, los servicios de transporte en ambulancia o en camionetas para sillas de ruedas están cubiertos cuando sean médicamente necesarios.	Se requiere una preautorización para los servicios de ambulancia aérea en situaciones que no sean de emergencia. En situaciones que no sean de emergencia, se debe usar un proveedor de la red. Llame a su Administrador del Cuidado de la Salud.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios quiroprácticos El plan cubre: • Exámenes y evaluaciones • Radiografías de diagnóstico • Ajustes de la columna vertebral para corregir desviaciones	Se necesita una preautorización después de 30 visitas para menores de 21 años. Para miembros mayores de 21 años, el límite por año calendario es de 15 visitas.
Servicios dentales El plan cubre los siguientes servicios: • Examen bucal dos veces por año para miembros de hasta 20 años. Examen bucal anual cada año para miembros mayores de 21 años. • Servicios preventivos, que incluyen profilaxis, fluoruro para miembros menores de 21 años, selladores (de 5 a 20 años) y mantenedores de espacio • Radiografías/estudios por imágenes de diagnóstico de rutina • Servicios dentales integrales que generalmente están cubiertos por Medicaid, entre ellos, servicios quirúrgicos, restaurativos, de diagnóstico, de endodoncia, de periodoncia, de prostodoncia, de ortodoncia, de extracciones y que no sean de rutina. Los servicios dentales integrales deben ser médicamente necesarios. Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales que preceden a un trasplante de riñón.	El tratamiento con fluoruro solamente es obligatorio para miembros menores de 21 años (una vez cada 180 días) Es posible que se necesite una preautorización para los servicios dentales integrales.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios para la diabetes El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina): • Capacitación para manejar la diabetes, en algunos casos • Suministros para medir la glucosa en la sangre (glucemia): Medidores continuos de glucosa, medidores de glucosa en la sangre, tiras para medir la glucosa en la sangre, lanceteros y lancetas, y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los glucómetros y las tiras para medir la glucosa. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio cubre los medidores de glucosa en la sangre y las tiras para medir la glucosa en la sangre que se especifican en la lista de la derecha. Generalmente no cubriremos marcas alternativas, a menos que su médico u otro proveedor nos diga que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario en su situación específica. Si usted es nuevo en nuestro plan y está usando una marca de medidores de glucosa en la sangre y de tiras para medir la glucosa en la sangre que no aparece en nuestra lista, puede comunicarse con nosotros en los primeros 90 días a partir de su inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca alternativa mientras consulta a su médico u otro proveedor. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir si alguna de las marcas preferidas es médicamente apropiada para usted. • Si usted o su médico creen que es médicamente necesario que usted siga usando una marca alternativa, puede solicitar una excepción de cobertura para que mantengamos la cobertura de un producto no preferido hasta el final del año de beneficios. Si no se aprueba la excepción de cobertura, los productos no preferidos no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales del año de beneficios. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch®Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Su plan no cubre otras marcas.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios para la diabetes (continuación) • Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre la marca o el producto apropiado para su enfermedad. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]). • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: – Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluye las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por cada año calendario, **o** – Un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas por cada año (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con los zapatos) El plan también cubre el ajuste de zapatos terapéuticos hechos a medida o zapatos profundos. El plan cubre capacitación para ayudarle a manejar la diabetes en Centros de Educación sobre Diabetes certificados por la American Diabetes Association (ADA).	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados El Equipo médico duradero cubierto incluye, entre otros, los siguientes: • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones motorizados • Suministros para la diabetes • Camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio • Bombas de infusión intravenosa (IV) • Nebulizadores • Equipo de oxígeno y suministros • Andadores • Dispositivos para la generación del habla Es posible que otros artículos (como prendas de vestir para la incontinencia, productos nutricionales enterales, suministros urológicos y para ostomía, y vendajes quirúrgicos y suministros relacionados) estén cubiertos. Solo para suministros para incontinencia, debe usar el proveedor preferido. Para conocer tipos adicionales de suministros que cubre el plan, consulte las secciones sobre servicios para la diabetes, servicios para la audición y prótesis. El plan también podría cubrir capacitación sobre cómo usar, modificar o reparar su artículo. Su equipo de cuidado de la salud colaborará con usted para decidir si estos otros servicios y artículos son adecuados para usted, y si se incluirán en su Plan de Cuidado Individualizado. Cubriremos todos los Equipos médicos duraderos que suelen cubrir Medicare y Medicaid. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede preguntarle si puede realizar un pedido especial para usted.	Se necesita una preautorización para los artículos que cuesten más de $1,000. Puede haber otros artículos de Medicare o Medicaid que requieran una preautorización. Llame a su Administrador del Cuidado de la Salud o al proveedor que realizó la indicación. Antes de recibir Equipo médico duradero o suministros, es posible que se deban indicar ciertos servicios.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Cuidado de emergencia (consulte también "cuidado requerido de urgencia") **Cuidado de emergencia** significa servicios que son: • prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias, **y** • necesarios para tratar una emergencia médica. Una **emergencia médica** es una enfermedad con dolor grave o una lesión grave. El caso es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia: • un riesgo grave para su salud o, si está embarazada, la de su feto; **o** • un daño grave en las funciones corporales; **o** • una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o** • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: – no hay suficiente tiempo para trasladarle de forma segura a otro hospital antes del parto. – un traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o la de su feto. En situaciones de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias (ER) o a otro centro apropiado, lo que le quede más cerca. Esta cobertura se proporciona únicamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, colaboraremos con el médico que desea que usted se quede para hacer lo que sea mejor para usted. El médico debe llamarnos de inmediato (en un plazo no mayor de 24 horas).

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios para la planificación familiar El plan cubre los siguientes servicios: • Examen y tratamiento médico para la planificación familiar • Análisis de laboratorio y de diagnóstico para la planificación familiar • Métodos de planificación familiar (píldoras, parche, anillo, dispositivo intrauterino [DIU], inyecciones, implantes anticonceptivos) • Suministros para la planificación familiar (condón, esponja, espuma, lámina, diafragma, capuchón) • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados • Asesoramiento y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI), del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y de otras enfermedades relacionadas con el VIH • Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) • Tratamiento del SIDA y de otras enfermedades relacionadas con el VIH • Esterilización voluntaria (Usted debe ser mayor de 21 años y firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Deben pasar al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía.) • Detección y diagnóstico de anomalías genéticas o trastornos hereditarios del metabolismo, y asesoramiento sobre el tema • Tratamiento para enfermedades que causan infertilidad (Este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada.) **Nota:** Usted puede recibir servicios para la planificación familiar de un proveedor de planificación familiar calificado, dentro o fuera de la red (por ejemplo, Planned Parenthood), que se encuentre en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**. También puede recibir servicios para la planificación familiar de parte de una enfermera partera certificada, un obstetra, un ginecólogo o un proveedor de cuidado primario de la red.	†

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Centros de cuidado de la salud aprobados a nivel federal El plan cubre los siguientes servicios en Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal: • Visitas al consultorio para recibir servicios de proveedores de cuidado primario y de especialistas • Servicios de fisioterapia • Servicios de audiología y para patologías del habla • Servicios dentales • Servicios de podiatría • Servicios de un optometrista o un óptico • Servicios quiroprácticos • Servicios de transporte • Servicios de salud mental	Los servicios de salud mental se pueden obtener en un centro de cuidado de la salud aprobado a nivel federal, dentro o fuera de la red
Cobertura de tarjeta de alimentos saludables Con este beneficio, usted recibirá una sola tarjeta prepagada al inicio del año del plan para obtener alimentos saludables sin costo. La tarjeta prepagada se puede usar en tiendas minoristas participantes. Este es un beneficio que se usa en tiendas. La tarjeta prepagada se carga con créditos cada mes para comprar alimentos aprobados, que incluyen frutas y verduras, productos lácteos, frijoles, pan, pescado, aves y más. Los créditos no se pueden usar para comprar tabaco ni alcohol.	El crédito mensual es de $25. Los créditos no utilizados vencen al final de cada mes. Para obtener más información, puede visitar **myuhc.com/CommunityPlan**, **es.UHCCommunityPlan.com**, o llamar a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios y suministros para la audición El plan cubre lo siguiente: • Exámenes de audición y pruebas de audición y del equilibrio para determinar la necesidad de tratamiento (con cobertura como cuidado para pacientes ambulatorios cuando los recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado) • Aparatos auditivos, baterías y accesorios (incluida la reparación o el reemplazo) – Dos aparatos auditivos convencionales cubiertos una vez cada 4 años - O - – Dos aparatos auditivos digitales/programables cubiertos una vez cada 5 años	Se requiere una preautorización para los artículos que cuesten más de $1,000.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios a domicilio y en la comunidad del programa de exención El plan cubre los siguientes servicios a domicilio y en la comunidad del programa de exención: • Servicios de salud diurnos para adultos • Servicio de comidas alternativas • Servicios en vivienda asistida • Asistente de cuidado a domicilio del programa Choices • Servicios de ayuda para tareas domésticas • Transición a la comunidad • Servicios de respuesta ante emergencias • Servicios en vivienda comunitaria optimizada • Asistente de cuidado a domicilio • Programa de entrega de comida a domicilio • Equipo médico de uso en el domicilio y dispositivo de ayuda y adaptación complementario • Reparación, mantenimiento y modificaciones en el domicilio • Servicios domésticos • Asistencia para vivir de forma independiente • Consultas nutricionales • Servicios de relevo del cuidador fuera del domicilio • Servicios para el cuidado personal • Control de plagas • Asesoramiento de parte de trabajadores sociales • Servicios de enfermería del programa de exención • Transporte del programa de exención **Este beneficio continúa en la página siguiente**	Estos servicios solamente están disponibles si el Departamento de Medicaid de Ohio determina que usted necesita cuidado a largo plazo. Es posible que usted deba pagar un cargo de responsabilidad como paciente por los servicios del programa de exención. El Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad como paciente. Los servicios en vivienda asistida se limitan a una unidad por cada día calendario. No se puede usar un asistente de cuidado a domicilio del programa Choices al mismo tiempo que los servicios para el cuidado personal.†

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios a domicilio y en la comunidad del programa de exención (continuación)	El servicio de Transición a la Comunidad solamente está disponible si usted no puede afrontar dichos gastos o cuando no se pueden obtener los servicios de otras fuentes. Los Servicios de Transición a la Comunidad no incluyen los gastos mensuales de hipoteca ni de alquiler; alimentos; cargos por servicios públicos regulares; ni electrodomésticos ni artículos del hogar que tengan únicamente fines de diversión/recreación. Los Servicios de Respuesta ante Emergencias (ERS) no incluyen lo siguiente: • Equipo que le conecte directamente con el 911. • Equipo como una alarma perimetral, un dosificador de medicamentos o un recordatorio de medicamentos, ni ningún otro equipo ni ningún suministro ni equipo médico de uso en el domicilio, independientemente de que el equipo esté conectado al equipo de Servicios de Respuesta ante Emergencias.
Este beneficio continúa en la página siguiente	

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios a domicilio y en la comunidad del programa de exención (continuación)	• Servicios de monitoreo remoto. • Servicios prestados en exceso de lo aprobado para su plan de servicios del programa de exención. • Equipo nuevo o reparación de un equipo previamente aprobado que resultó dañado por uso indebido, abuso o negligencia confirmados. El equipo médico de uso en el domicilio y los dispositivos de ayuda y adaptación complementarios no excederán un total combinado de $10,000 en un plazo de un año calendario por cada persona, lo que incluye modificaciones a vehículos. La reparación, el mantenimiento y las modificaciones en el domicilio se limitan a $10,000 por cada año calendario.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios de asistencia médica a domicilio El plan cubre los siguientes servicios prestados por una agencia de asistencia médica a domicilio: • Servicios de enfermería o de un auxiliar de asistencia médica a domicilio • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de enfermería privada (también pueden ser prestados por un proveedor independiente) • Terapia de infusión a domicilio para la administración de medicamentos, nutrientes u otras soluciones administradas por vía intravenosa o enteral • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	Las horas adicionales que excedan las 14 horas por semana de servicios del Plan Estatal de Medicaid requieren una preautorización. Es posible que se requiera una preautorización para algunos servicios de asistencia médica a domicilio. Llame a su Administrador del Cuidado de la Salud o a Servicio al Cliente.
Terapia de infusión a domicilio El plan pagará la terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel, y se le proporcionan en su domicilio. Para realizar la infusión a domicilio, se necesita lo siguiente: • El medicamento, como un antiviral o una inmunoglobulina; • Un equipo, como una bomba; **y** • Suministros, como tubos o un catéter. El plan cubrirá los servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según su plan de cuidado; • Capacitación y educación del miembro que no se incluyan ya en el beneficio de Equipo médico duradero; • Monitoreo remoto; y • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un distribuidor calificado de terapia de infusión a domicilio.	

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Cuidados paliativos Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. El plan cubrirá lo siguiente mientras usted reciba servicios de cuidados paliativos: • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Relevo del cuidador a corto plazo • Cuidado a domicilio • Cuidado en un centro de enfermería **Los servicios de cuidados paliativos y los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare:** • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	Si usted desea recibir servicios de cuidados paliativos en un centro de enfermería, es posible que deba usar un centro de enfermería de la red. Además, es posible que usted deba pagar un cargo de responsabilidad como paciente por el uso de servicios en un centro de enfermería, después de usar el beneficio de centro de enfermería de Medicare. El Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad como paciente.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Cuidados paliativos (continuación) **Por servicios que están cubiertos por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, pero que no están cubiertos por la Parte A ni B de Medicare:** • UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A ni B de Medicare, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. A menos que deba pagar un cargo de responsabilidad como paciente por servicios en un centro de enfermería, usted no paga nada por estos servicios. **Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio:** **Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.** **Nota:** Excepto el cuidado de urgencia/emergencia, si usted necesita cuidados que no sean paliativos, debe llamar a su Administrador del Cuidado de la Salud para que haga los arreglos necesarios para los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. Llame a su Administrador del Cuidado de la Salud directamente o llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, y pida que transfieran su llamada al Departamento de Administración del Cuidado de la Salud. Después del horario de atención, llame al **1-800-542-8630**. Nuestro plan cubre servicios de consultoría sobre cuidados paliativos para personas que tengan una enfermedad terminal y que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados El plan cubre los siguientes servicios: • Tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados en una Institución para Enfermedades Mentales (IMD) para miembros mayores de 65 años. – Para los miembros de 21 a 64 años, el plan cubre el tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados en una Institución para Enfermedades Mentales (IMD) por hasta 15 días por cada mes calendario. • Cuidado de desintoxicación para pacientes hospitalizados	Se requiere una revisión de la necesidad médica para determinar si el cuidado en el hospital es médicamente necesario. Seguiremos revisando el cuidado que usted reciba una vez que esté en el hospital para asegurarnos de que siga siendo el lugar adecuado para usted. Se requiere una preautorización. Hable con su Administrador del Cuidado de la Salud o con Servicio al Cliente.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados El plan cubre los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario • Medicamentos y principios activos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas para usar en el hospital • Servicios de quirófano y de sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados • Sangre, incluso su almacenamiento y administración a partir de la primera pinta • Servicios de un médico/proveedor • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral Si usted necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	**Nota:** Para que usted sea un paciente hospitalizado, su proveedor debe realizar una indicación por escrito para admitirle formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Esto se llama estadía en “Observación para Pacientes Ambulatorios”. Si usted no está seguro de que sea un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle a su médico o al personal del hospital. Se requiere una preautorización para determinar si el cuidado en el hospital es médicamente necesario. Seguiremos revisando el cuidado que usted reciba una vez que esté en el hospital para asegurarnos de que siga siendo el lugar adecuado para usted.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación) Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted puede recibir sus servicios para trasplantes localmente o en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad. Si UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio presta servicios para trasplantes en un sitio distante que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad y usted decide realizarse su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de viaje y alojamiento para usted y un acompañante.	
Servicios y suministros para tratar la enfermedad renal El plan cubre los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su cuidado • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o accesible temporalmente • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados, si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial • Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios y suministros para tratar la enfermedad renal (continuación) • Ciertos servicios de apoyo en el domicilio, por ejemplo, visitas necesarias de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua **Nota:** Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	
Terapia de nutrición clínica Este beneficio es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indica su médico. El plan cubre tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica conforme a Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare.) Después de eso, cubrimos dos horas de servicios de asesoramiento en persona por año. Conforme a su cobertura de Medicaid, el plan cubre el asesoramiento sobre nutrición clínica a cargo de su proveedor de cuidado primario.	Es posible que usted pueda recibir asesoramiento si no tiene diabetes ni enfermedad renal. Para obtener más información, consulte a su Administrador del Cuidado de la Salud. Si tiene diabetes o enfermedad renal, y desea recibir más horas de asesoramiento, hable con su Administrador del Cuidado de la Salud.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio cubre los siguientes medicamentos que pueden estar sujetos a terapia escalonada: • Medicamentos que, en general, usted no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted se administra a través de equipo médico duradero (como los nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • El medicamento contra la enfermedad de Alzheimer, Leqembi (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV) • Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en un plazo no mayor de 48 horas después de la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal de la Parte B lo cubre **Este beneficio continúa en la página siguiente**	†

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos calcimiméticos conforme al sistema de pago para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar • Medicamentos inmunodepresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunodepresores. La Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunodepresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted está recluida en el domicilio, tiene una fractura que un médico certifica que tuvo relación con la osteoporosis después de la menopausia y usted no puede autoinyectarse el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se convierte en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es médicamente necesario) y los anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras enfermedades • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) El siguiente enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: **medicare.uhc.com/medicare/member/documents/part-b-step-therapy.html** También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Y las reglas que usted debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias en centros de tratamiento de adicciones El plan cubre los siguientes servicios en centros de tratamiento de adicciones: • Desintoxicación ambulatoria • Evaluación • Administración de casos • Asesoramiento o terapia • Intervención en crisis • Servicios intensivos para pacientes ambulatorios • Análisis de orina de laboratorio/análisis para detectar la presencia de alcohol/drogas • Servicios médicos/somáticos • Administración de metadona • Medicamentos administrados en el consultorio para la adicción, incluida la inducción con vivitrol y buprenofina Para obtener información adicional, consulte “Servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados” y “Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios”.	†

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios de tratamiento de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias en centros de salud mental comunitarios El plan cubre los siguientes servicios en centros de salud mental comunitarios certificados: • Evaluación de salud mental/evaluación psiquiátrica de diagnóstico • Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) • Tratamiento Intensivo en el Domicilio (IHBT) • Evaluación, Intervención Breve y Referencia a Tratamiento (SBIRT) • Pruebas Psicológicas • Servicios Terapéuticos para el Comportamiento (TBS) • Rehabilitación Psicosocial • Servicios de tratamiento con apoyo psiquiátrico comunitario (CPST) • Asesoramiento y terapia • Intervención en crisis • Administración farmacológica • Ciertos medicamentos antipsicóticos inyectables administrados en el consultorio • Hospitalización parcial solo para Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD) Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento activo de trastornos por consumo de sustancias. Se ofrece como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, **o** su terapeuta, su terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o su asesor profesional con licencia. Para obtener información adicional, consulte “Servicios de salud del comportamiento para pacientes hospitalizados” y “Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios”.	Se necesita una preautorización para la hospitalización parcial. Una vez alcanzados los límites iniciales, se necesita una preautorización para el Tratamiento Asertivo Comunitario, así como para el cuidado residencial y la hospitalización parcial para Trastornos por Consumo de Sustancias.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Cuidado en un centro de enfermería y en un centro de enfermería especializada (SNF) El plan cubre los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí: • Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que usted obtiene como parte de su plan de cuidado, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • Sangre, incluso su almacenamiento y administración a partir de la primera pinta de sangre • Suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan los centros de enfermería • Análisis de laboratorio que se realizan en los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología que se realizan en los centros de enfermería • Equipo médico duradero, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • Servicios de un médico/proveedor Por lo general, usted recibirá cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en un centro de enfermería de Medicaid como el siguiente si el lugar acepta las cantidades de pago de nuestro plan: **Este beneficio continúa en la página siguiente**	Es posible que usted deba pagar un cargo de responsabilidad como paciente por los costos de habitación y comida para recibir los servicios en el centro de enfermería. El Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una responsabilidad como paciente. Tenga en cuenta que la responsabilidad como paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería. Se requiere una preautorización para determinar si el cuidado en el centro de enfermería/de enfermería especializada es médicamente necesario. Seguiremos revisando el cuidado que usted reciba una vez que esté en el centro de enfermería/de enfermería especializada para asegurarnos de que siga siendo el lugar adecuado para usted.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Cuidado en un centro de enfermería y en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Un asilo de convalecencia o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que vivía el día en que se hizo miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio Puede recibir cuidado en un centro de enfermería de Medicare como los siguientes si aceptan las cantidades de pago de nuestro plan: • Un centro de enfermería o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • Un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital	No tiene que pagar las estadías en el hospital como paciente hospitalizado de 3 días.
Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos (OTP) El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opiáceos (OUD): • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de dichos medicamentos • Asesoramiento relacionado con los trastornos por consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)	No hay coseguro, copago ni deducible. Puede haber una cobertura adicional disponible según la parte de Medicaid de la cobertura del plan.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios El plan cubre servicios de salud mental prestados por: • un psiquiatra o un médico con licencia del estado, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un asesor clínico, • un terapeuta familiar y matrimonial, • un especialista en enfermería clínica, • un asesor profesional con licencia (LPC), • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), • una enfermera especialista (NP), • un asistente médico, **o** • cualquier otro profesional de cuidado de la salud mental calificado según lo permitan las leyes estatales vigentes. El plan cubre los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí: • Servicios clínicos y servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios en un hospital general • Servicios Terapéuticos para el Comportamiento (TBS) • Servicios de rehabilitación psicosocial El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) que se presta como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de cuidado de la salud aprobado a nivel federal o una clínica de salud rural que es de mayor intensidad que el cuidado recibido en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia o asesor profesional con licencia, pero que es de menor intensidad que la hospitalización parcial.	

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios para pacientes ambulatorios El plan cubre los servicios que usted reciba en un centro para pacientes ambulatorios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los siguientes son ejemplos de servicios cubiertos: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si usted necesita ser admitido en el hospital como "paciente hospitalizado". • A veces, usted puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un "paciente ambulatorio". • Puede obtener más información sobre el hecho de ser un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio en esta hoja informativa: **medicare.gov/publications/11408-S-Medicare-Your-Hospital-Benefits.pdf**. • El plan cubre servicios y cirugías para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria • Quimioterapia • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico (por ejemplo, análisis de orina) • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado • Estudios por imágenes (por ejemplo, radiografías, tomografías computarizadas [CT], imágenes por resonancia magnética [MRI]) **Este beneficio continúa en la página siguiente**	Es posible que se necesite una preautorización para ciertos procedimientos y exámenes, como pruebas genéticas, imágenes por resonancia magnética, angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías por emisión de positrones (PET), estudios de medicina nuclear (incluida la cardiología nuclear), procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios, así como quimioterapia y otras terapias de infusión para pacientes ambulatorios. Hable con su Administrador del Cuidado de la Salud o con Servicio al Cliente.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios para pacientes ambulatorios (continuación) • Radioterapia (con radioisótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico • Sangre, incluso su almacenamiento y administración a partir de la primera pinta • Suministros médicos, como férulas y yesos • Servicios y exámenes preventivos indicados en la Tabla de Beneficios • Algunos medicamentos que usted no se puede administrar solo	
Medicamentos para pacientes ambulatorios Lea el Capítulo 5 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos y el Capítulo 6 para obtener información sobre lo que usted paga por medicamentos.	†
Medicamentos sin receta (OTC) según nuestro formulario Medicamentos con receta y sin receta selectos que se encuentren en la **Lista de Medicamentos** de UnitedHealthcare Connected® MyCare Ohio y no estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare.	†

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico El plan cubre los siguientes servicios: • Servicios de centros de maternidad autónomos • Servicios para el cuidado de la salud o servicios quirúrgicos prestados en lugares como un consultorio médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado o el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un profesional médico para miembros en áreas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral, independientemente del sitio en el que se encuentren • Servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno concomitante de salud mental, independientemente del sitio en el que se encuentren • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: – Usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud – Realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud **Este beneficio continúa en la página siguiente**	El Directorio de Proveedores y el sitio web para Miembros están disponibles en Internet las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicio al Proveedor: de 8 a.m. a 6 p.m., hora local, de lunes a viernes. Servicio al Cliente: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). Acceso a un Administrador del Cuidado de la Salud: de 8 a.m. a 7 p.m., y, además, de 7 p.m. a 8 a.m., a través de los Servicios de línea de asesoramiento de enfermería disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.†

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) – Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) de 5 a 10 minutos con su médico si: – usted no es un paciente nuevo **y** – la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** – la consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Evaluación de videos o imágenes que usted envió a su médico, e interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si: – usted no es un paciente nuevo **y** – la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** – la evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud, si usted no es un paciente nuevo • Obtención de una segunda opinión antes de una cirugía • Cuidado dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: – cirugía de la mandíbula o las estructuras relacionadas, – reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) – extracción de dientes antes de la radioterapia del cáncer tumoral, – los exámenes bucales antes de un trasplante de riñón, **o** – servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico. Nuestro plan cubre ciertos servicios de telesalud más allá de Medicare Original, que incluyen: • Visitas virtuales médicas adicionales: – Servicios requeridos de urgencia – Proveedor de cuidado primario – Especialista – Otro profesional de cuidado de la salud que no es médico o una enfermera especialista • Visitas virtuales adicionales para sesiones individuales de terapia de salud mental: – Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios – Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias – Puede acceder a sus visitas virtuales de salud mental aunque no haya hecho una visita en persona anteriormente • Las visitas virtuales son visitas médicas o de salud mental que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de visitas virtuales que usan tecnología por Internet junto con transmisión audiovisual en vivo. • Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor que ofrezca el servicio mediante telesalud. • No todas las enfermedades se pueden tratar a través de visitas virtuales. El médico de visitas virtuales identificará si usted tiene que consultar a un médico en persona para recibir tratamiento. • Los servicios de telesalud no cubiertos por Medicare y no indicados anteriormente no están cubiertos.	$0 Sin cobertura fuera de la red

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios de podiatría El plan cubre los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies y los músculos y tendones de la pierna que controlan los pies, y de lesiones superficiales de la mano, excepto aquellas relacionadas con traumatismos • Cuidado de los pies de rutina para miembros con enfermedades que afectan a las piernas, como la diabetes	Es posible que ciertos servicios requieran una autorización.
Prótesis y ortesis y suministros relacionados Las prótesis reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Incluyen, entre otros: • Prueba, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y ortesis • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • Marcapasos • Abrazaderas ortopédicas • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) • Aparatos dentales El plan también cubre algunos suministros relacionados con las prótesis y ortesis, y la reparación o el reemplazo de las prótesis y ortesis. El plan ofrece cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte “Servicios para la Vista” más adelante en esta sección.	Se necesita una preautorización para los artículos que cuesten más de $1,000. Puede haber otros artículos que requieran una preautorización. Llame a su Administrador del Cuidado de la Salud o al proveedor que realizó la indicación. Antes de recibir ciertos servicios, es posible que se requiera una preautorización. Se debe usar un proveedor de la red.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios de rehabilitación • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios – El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. – Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes, los centros para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros. • Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) – El plan cubre los servicios de rehabilitación cardíaca, como el ejercicio, la educación y el asesoramiento para ciertas enfermedades. – El plan también cubre programas para la rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca. • Servicios de rehabilitación pulmonar – El plan cubre programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave.	†
Clínicas de salud rurales El plan cubre los siguientes servicios en Clínicas de Salud Rurales: • Visitas al consultorio para recibir servicios de proveedores de cuidado primario y de especialistas • Psicólogo clínico • Trabajador social clínico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales • Servicios de enfermeras de visita en ciertas situaciones **Nota:** Usted puede recibir servicios de una Clínica de Salud Rural dentro o fuera de la red.	

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Programa de Servicios Especializados para la Recuperación (SRS) Si usted es un adulto al que le diagnosticaron una enfermedad mental grave y persistente, y vive en la comunidad, es posible que cumpla los requisitos para recibir Servicios Especializados para la Recuperación específicos para sus necesidades de recuperación. El plan cubre los tres servicios siguientes si usted está inscrito en el programa de Servicios Especializados para la Recuperación: • **Administración de la recuperación–**Los administradores de la recuperación colaborarán con usted para hacer lo siguiente: – Desarrollar un plan de cuidado centrado en la persona que refleje sus metas personales y resultados deseados, – Controlar periódicamente su plan a través de reuniones regulares, y – Proporcionar información y referencias. • **Apoyo y Búsqueda Laboral Personalizada-Empleo Asistido (IPS-SE)**–Los servicios de empleo asistido pueden: – Ayudarle a encontrar un trabajo si usted tiene interés en trabajar, – Evaluar sus intereses, habilidades y experiencias en relación con sus metas laborales, y – Proporcionar apoyo permanente para ayudarle a conservar su empleo. • **Apoyo de pares para la recuperación:** – Los pares que apoyan la recuperación usan sus propias experiencias con trastornos de salud mental y por consumo de sustancias para ayudarle a alcanzar sus metas de recuperación, y – Las metas se incluyen en un plan de cuidado que usted diseña según sus preferencias y la disponibilidad de apoyos y servicios en la comunidad. La relación entre pares puede ayudarle a concentrarse en estrategias y a progresar hacia la autodeterminación, la defensa propia, el bienestar y la independencia.	Si usted está interesado en el Programa de Servicios Especializados para la Recuperación, le pondrán en contacto con un administrador de la recuperación que comenzará la evaluación para determinar si usted cumple los requisitos de acuerdo con aspectos como su diagnóstico y su necesidad de ayuda con actividades tales como citas médicas, interacciones sociales y habilidades para la vida.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Terapia de Ejercicios Supervisada (SET) El plan pagará la terapia de ejercicios supervisada para miembros que tienen arteriopatía periférica (PAD) sintomática y que cuentan con una referencia del médico responsable del tratamiento de esa enfermedad. El plan pagará: • Hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la terapia de ejercicios supervisada • Unas 36 sesiones adicionales con el transcurso del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud las considera médicamente necesarias El programa de terapia de ejercicios supervisada debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la arteriopatía periférica en miembros con calambres de piernas debido a la mala circulación sanguínea (claudicación) • Ser en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ser prestado por personal calificado que se asegure de que el beneficio exceda los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la arteriopatía periférica • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica, capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Transporte para servicios que no son de emergencia (consulte también "Servicios de ambulancia y de camioneta para sillas de ruedas") Los servicios cubiertos de ambulancia en situaciones que no son de emergencia incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea, en avión o helicóptero. La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle. Si debe viajar a 30 millas o más de su domicilio para recibir servicios cubiertos para el cuidado de la salud, UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio le proporcionará transporte desde y hacia el consultorio del proveedor.	Es necesario hacer reservas, y usted también debe tener una cita programada (excepto en caso de cuidado de urgencia/emergencia). Para recibir ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) al menos 48 horas antes de su cita.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Transporte para servicios que no son de emergencia (consulte también "Servicios de ambulancia y de camioneta para sillas de ruedas") (continuación) Debe usar un proveedor dentro de la red designado. Puede ofrecer fichas o pases para autobús. Se requiere una autorización para viajes de más de 60 millas (en una sola dirección), y se requerirá la preaprobación del personal del Plan de Salud. El reembolso del costo del millaje puede estar disponible con la documentación y la solicitud adecuadas. Los medios de transporte selectos para sitios relacionados con la salud aprobados por el plan incluyen: • Taxi • Servicios de Viajes Compartidos • Autobús/Metro • Camioneta • Transporte Médico. Transporte adicional disponible para los tipos de viajes de cuidados críticos: diálisis, quimioterapia, radiación, cuidado de heridas, abuso de sustancias y embarazo. **Nota:** Además de la asistencia con el transporte que proporciona UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, usted puede seguir recibiendo asistencia con el transporte para ciertos servicios a través del programa de Transporte que No Es de Emergencia (NET). Si tiene preguntas o necesita ayuda con los servicios de este programa, llame al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado local.	Se limita a 30 viajes en una sola dirección cada año hacia un sitio relacionado con la salud aprobado por el plan. Si usted califica para los servicios del programa de exención, consulte el beneficio de transporte de dicho programa. Es necesario hacer reservas, y usted también debe tener una cita programada (excepto en caso de cuidado de urgencia/emergencia). Para recibir ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) al menos 48 horas antes de su cita.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Cuidado requerido de urgencia El cuidado requerido de urgencia se proporciona para tratar: • una situación que no es de emergencia, **o** • una enfermedad imprevista, **o** • una lesión, **o** • un problema que necesita cuidado inmediatamente. Si usted necesita cuidado requerido de urgencia, primero debe intentar recibirlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda visitar a un proveedor de la red porque, por cuestiones de hora, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite servicios inmediatos médicamente necesarios para un problema imprevisto, pero que no es una emergencia médica). La cobertura se proporciona únicamente en los Estados Unidos y sus territorios.	

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Cuidado de la vista El plan cubre los siguientes servicios: • Un examen completo de la vista, un marco completo y un par de lentes (lentes de contacto, si son médicamente necesarios) están cubiertos: – por cada período de 12 meses para miembros menores de 21 años y mayores de 59 años; **o** – por cada período de 24 meses para miembros de 21 a 59 años. Es posible que se requiera una preautorización para ciertas condiciones o tipos de materiales. • Ejercicios oculares • Servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos, que incluyen, entre otros: – Exámenes anuales de la vista para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad – Un examen de glaucoma cada año para miembros menores de 20 años o mayores de 50 años, miembros con historial familiar de glaucoma, miembros con diabetes, afroamericanos que sean mayores de 50 años e hispanos estadounidenses que sean mayores de 65 años. – Un par de anteojos o lentes de contacto estándar después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (Si le realizan dos cirugías de cataratas por separado, usted debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par de anteojos después de la primera cirugía.)	

†Servicios cubiertos para los que su proveedor podría tener que solicitar una preautorización.

Sección E Servicios cuando está lejos de su domicilio o fuera del área de servicio

Si está lejos de su domicilio o fuera de nuestra área de servicio (consulte el Capítulo 1) y necesita cuidado médico, comuníquese con el consultorio de su proveedor de cuidado primario para recibir ayuda. Recuerde que, si es una emergencia, debería ir a la sala de emergencias (emergency room, ER) más cercana o llamar al 911. También puede recibir servicios para el cuidado de urgencia de un proveedor fuera de la red si no hay un proveedor de la red a su disposición donde está usted. Tanto los servicios para emergencias como para el cuidado de urgencia solo están disponibles dentro de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección F Beneficios cubiertos fuera de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio

Los siguientes servicios no están cubiertos por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, pero están disponibles a través de Medicare. Llame a Servicio al Cliente para saber cuáles son los servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, pero que están disponibles a través de Medicare.

Sección F1 Cuidados paliativos

Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Consulte la Tabla de Beneficios de la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que paga UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos.

Por servicios de cuidados paliativos y por servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:

- El proveedor de cuidados paliativos facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal:

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- El proveedor facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos, debe llamar a su administrador del cuidado de la salud para que haga los arreglos necesarios para los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. Si necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud, llame al **1-800-542-8630**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas llamadas son gratuitas.

Sección G Beneficios que no cubre UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, Medicare ni Medicaid

Esta sección explica los tipos de beneficios que están excluidos por el plan. *Excluidos* significa que el plan no cubre estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los pagarán.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no tienen cobertura del plan en ningún caso, y otros que están excluidos por el plan solamente en algunos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que aparecen en esta sección (o en cualquier otra parte de esta **Guía para Miembros**), excepto en los casos específicos indicados. Aunque usted reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted piensa que deberíamos cubrir un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por nuestro plan**:

- Servicios que no se consideren “razonables y necesarios”, según las normas de Medicare y de Medicaid, a menos que nuestro plan indique que estos servicios son servicios cubiertos
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, páginas 45 y 46, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y esté cubierto por Medicare
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.
- Cuidado hospitalario de custodia para pacientes hospitalizados
- Cuidado de enfermería a tiempo completo en su domicilio
- Servicios o procedimientos para mejoras electivas o voluntarias (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, función sexual, desempeño deportivo, fines estéticos, prevención del envejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, salvo cuando sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico
- Cuidado de los pies de rutina, excepto la cobertura limitada proporcionada según las pautas de Medicare y de Medicaid
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y se incluyan en el costo de la abrazadera, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
- Servicios para el tratamiento de la infertilidad para hombres o mujeres
- Esterilización voluntaria de personas menores de 21 años o legalmente incapaces de consentir el procedimiento
- Reversión de procedimientos de esterilización, prótesis peneanas y suministros anticonceptivos sin receta
- Exámenes de paternidad
- Abortos, excepto en el caso de una denuncia de violación o incesto, o cuando sea médicamente necesario para salvar la vida de la madre
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales)
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA)
- Servicios para encontrar la causa de muerte (autopsia)
- Equipos o suministros que acondicionen el aire, pelucas y su cuidado, y otros equipos que no sean principalmente médicos

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Servicio paramédico móvil (soporte vital avanzado proporcionado por una entidad de servicios para emergencias, como una unidad de servicios paramédicos, que no proporciona transporte en ambulancia), a menos que se cumplan los criterios de Medicare
- Vacunas para viajes al extranjero

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Estos medicamentos son los que le indica su proveedor y que usted obtiene en una farmacia o por pedido por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y por Medicaid. El Capítulo 6 indica lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se detallarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Incluyen algunos medicamentos que le administran mientras usted está en un hospital o en un centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones que le administran durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, y los medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Si desea más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección.

Un proveedor (médico, dentista u otro profesional que receta) debe emitirle su receta, que debe ser válida conforme a la ley estatal vigente. Esta persona, a menudo, es su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor.

El profesional que receta no debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare.

Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta.

Su medicamento recetado debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** del plan. Para abreviar, la llamamos **Lista de Medicamentos**. Consulte la Sección B de este capítulo.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si no está en la **Lista de Medicamentos**, es posible que lo cubramos si hacemos una excepción. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo solicitar una excepción.

Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas.

Su medicamento podría requerir aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la Sección C de este capítulo.

Índice

Sección A Cómo surtir sus recetas 111

Sección A1 Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red 111

Sección A2 Use su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta una receta 111

Sección A3 Qué puede hacer si cambia una receta a una farmacia de la red diferente 111

Sección A4 Qué puede hacer si su farmacia deja la red 111

Sección A5 Uso de una farmacia especializada 112

Sección A6 Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos 112

Sección A7 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos 114

Sección A8 Uso de una farmacia que no está dentro de la red del plan 115

Sección B La Lista de Medicamentos del plan 116

Sección B1 Medicamentos de la **Lista de Medicamentos** 116

Sección B2 Cómo buscar un medicamento en la **Lista de Medicamentos** 117

Sección B3 Medicamentos que no están en la **Lista de Medicamentos** 117

Sección B4 Niveles de costo compartido de la **Lista de Medicamentos** 119

Sección C Límites en algunos medicamentos 119

Sección D Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto 121

Sección D1 Cómo obtener un suministro temporal 121

Sección E Cambios en la cobertura de sus medicamentos 123

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F Cobertura de medicamentos en casos especiales 126

Sección F1 Si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan 126

Sección F2 Si está en un centro de cuidado a largo plazo 126

Sección F3 Si está en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare 126

Sección G Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos 127

Sección G1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura 127

Sección G2 Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 128

Sección G3 Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos 129

Sección A Cómo surtir sus recetas

Sección A1 Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará medicamentos con receta **solamente** si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha acordado surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Usted puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección A2 Use su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su Tarjeta de ID de Miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red facturará al plan su medicamento con receta cubierto. Si usted tiene un copago por un medicamento, es posible que tenga que pagar el copago a la farmacia cuando pase a retirar su medicamento con receta. Si no puede pagarlo, comuníquese con Servicio al Cliente o pídale al farmacéutico que llame inmediatamente al servicio de ayuda para farmacias de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio. Haremos todo lo posible para ayudar.

Usted **siempre** debería mostrar a la farmacia su tarjeta de ID de miembro cuando surta una receta para evitar cualquier problema. Si no tiene consigo su tarjeta de ID de miembro cuando surta su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria o que consulte su información de inscripción en el plan.

Si necesita ayuda para surtir una receta, puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección A3 Qué puede hacer si cambia una receta a una farmacia de la red diferente

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de una receta, puede pedirle a un proveedor que le emita una nueva receta o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para buscar una farmacia de la red, puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección A4 Qué puede hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red del plan, usted tendrá que buscar una nueva farmacia de la red.

Para buscar una nueva farmacia de la red, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A5 Uso de una farmacia especializada

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un asilo de convalecencia.
  - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está dentro de nuestra red o si usted tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos a ciertos sitios o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente.)

Para buscar una farmacia especializada, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección A6 Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de hasta 90 días. Un suministro de 31 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir mis recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo Optum surte sus recetas por correo, comuníquese con Optum Rx, nuestra farmacia con servicio de medicamentos por correo. Puede comunicarse con Optum Rx al **1-877-889-6358** o, si tiene limitaciones auditivas, al (TTY) **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Optum® Home Delivery Pharmacy y Optum Rx son compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Home Delivery Pharmacy para surtir los medicamentos que toma con regularidad. Si no ha usado Optum Home Delivery Pharmacy, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a la farmacia antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con receta de la farmacia deberían llegarle en un plazo no mayor de 5 días hábiles después de que recibamos el pedido completo. Es posible que haya otras farmacias en nuestra red.

Generalmente, los medicamentos de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo le llegarán en un plazo no mayor de diez días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos:

Si su receta está registrada en su farmacia local, visite su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico o proveedor que llame al farmacéutico y autorice una nueva receta. O su farmacéutico puede llamar al consultorio médico por usted para solicitar la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda para farmacias al **1-877-889-6481** si tiene algún problema, pregunta o inquietud, o si necesita anular un reclamo por una receta demorada.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo:

- **Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted**

  La farmacia automáticamente surtirá las nuevas recetas que reciba de usted y le entregará los medicamentos.

- **Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor**

  La farmacia automáticamente surtirá las nuevas recetas que reciba de proveedores de cuidado de la salud y le entregará los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

  - Anteriormente, usted usó servicios de pedidos por correo de este plan, **o**
  - Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede llamar a Servicio al Cliente para pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas, ahora mismo o en cualquier momento.

  Si recibe automáticamente por correo un medicamento con receta que no desea y no se comunicaron con usted para saber si lo deseaba antes de enviarlo, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

  Si anteriormente usted usó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia automáticamente surta cada nueva receta y le envíe los medicamentos, llame a Servicio al Cliente para comunicarse con nosotros.

  Si nunca usó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide cancelar el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para saber si usted desea que se surta y se le envíe el medicamento inmediatamente.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Así tendrá la oportunidad de confirmar que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o posponer el pedido antes de que le facturen y se lo envíen.

Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicar lo que deben hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Si no desea recibir entregas automáticas de medicamentos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, llame a Servicio al Cliente para comunicarse con nosotros.

- **Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo**

  Para pedir resurtidos, comuníquese con su farmacia al menos diez días hábiles antes de que se le agote su medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

  A fin de que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de hacer el envío, asegúrese de que la farmacia sepa cuáles son las mejores maneras de ponerse en contacto con usted. Debería preguntar a la farmacia cuál es la mejor manera de hacerles saber su preferencia.

Sección A7 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento de la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 31 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. El **Directorio de Proveedores y Farmacias** le indica las farmacias que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Servicio al Cliente.

Puede usar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

Sección A8 Uso de una farmacia que no está dentro de la red del plan

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solamente cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, primero consulte a Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia de la red cercana. Quizás sea necesario que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Pagaremos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Medicamentos con receta para una emergencia médica

  Cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si están relacionados con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, y si están incluidos en nuestra **Lista de Medicamentos**. Se seguirán aplicando las restricciones que correspondan.

- Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio

  Si usted toma un medicamento con receta con regularidad y va a realizar un viaje, asegúrese de verificar el suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de la farmacia de nuestra red con servicio de medicamentos por correo o a través de otras farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber cómo pedir sus medicamentos con receta con anticipación.

- Si está viajando dentro de los Estados Unidos o sus territorios y se enferma, se queda sin medicamentos con receta o los pierde, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si usted sigue todas las demás reglas de cobertura.

- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.

- Durante una catástrofe declarada, si surte una receta en una farmacia fuera de la red, llámenos para que podamos ayudarle a obtener un reembolso de cualquier gasto de su bolsillo en el que pueda haber incurrido, sin incluir ningún copago que corresponda.

- Si está tratando de surtir un medicamento con receta que no está disponible regularmente en una farmacia de pedidos por correo de la red ni en una farmacia minorista accesible de la red (incluso los medicamentos de alto costo y muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.

En estos casos, primero consulte a Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia de la red cercana.

Si usa una farmacia fuera de la red, es posible que tenga que pagar el costo total en vez de un copago cuando obtenga su medicamento con receta.

Si no pudo usar una farmacia de la red y tuvo que pagar su medicamento con receta, consulte el Capítulo 7.

Sección B La Lista de Medicamentos del plan

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos **"Lista de Medicamentos"**.

El plan elige los medicamentos de la **Lista de Medicamentos** con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La **Lista de Medicamentos** también le indica si hay alguna regla que usted tenga que seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la **Lista de Medicamentos** del plan siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

Sección B1 Medicamentos de la Lista de Medicamentos

La **Lista de Medicamentos** incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos con receta y sin receta cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

La **Lista de Medicamentos** incluye medicamentos genéricos, medicamentos de marca y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la **Lista de Medicamentos**, cuando nos referimos a "medicamentos", puede significar un medicamento o un producto biológico.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la **Lista de Medicamentos** del plan siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

Consulte el **Capítulo 12** para ver definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la **Lista de Medicamentos**.

Nuestro plan también cubre ciertos productos y medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta cuestan menos que los medicamentos con receta y surten exactamente el mismo efecto. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

Sección B2 Cómo buscar un medicamento en la Lista de Medicamentos

Para saber si un medicamento que está tomando está en la **Lista de Medicamentos**, puede:

- Consultar la **Lista de Medicamentos** más reciente que le enviamos por correo postal.
- Visitar el sitio web del plan en **es.UHCCommunityPlan.com**. La **Lista de Medicamentos** del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a Servicio al Cliente para saber si un medicamento está en la **Lista de Medicamentos** del plan o para pedir una copia de la lista.
- Usar nuestra “Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real” en **myuhc.com/CommunityPlan** o llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente. Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la **Lista de Medicamentos** para obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay medicamentos alternativos en dicha **Lista de Medicamentos** que podrían tratar la misma enfermedad.

Sección B3 Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en la **Lista de Medicamentos** porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento en la **Lista de Medicamentos**.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio no pagará los medicamentos que se indican en esta sección, llamados **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, usted debe pagarlo de su bolsillo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.)

Tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio sin costo, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o contar con el respaldo de ciertas referencias médicas como tratamiento de su enfermedad. Para tratar su enfermedad, su médico u otro proveedor podría recetarle un cierto medicamento, aunque no esté aprobado para tratar dicha enfermedad. Esto se llama uso fuera de la indicación aprobada. Nuestro plan generalmente no cubre los medicamentos cuando se recetan para un uso fuera de la indicación aprobada.

Además, por ley, los tipos de medicamentos que se indican a continuación no están cubiertos por Medicare ni por Medicaid.

- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia o para bajar o subir de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que fabrica los medicamentos dice que usted debe recibir exámenes o servicios prestados solamente por ellos

Sección B4 Niveles de costo compartido de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la **Lista de Medicamentos** del plan está asignado a uno de tres niveles de costo compartido. Un nivel es un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o sin receta). Por lo general, mientras más alto sea el nivel, más alto será el costo de su medicamento.

- Los medicamentos del Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son medicamentos genéricos. El copago será de $0 a $4.90, según su nivel de ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 2 tienen el copago más alto. Son medicamentos de marca. El copago será de $0 a $12.15, según su nivel de ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 3 tienen un copago de $0. Son medicamentos sin receta o medicamentos que no son de la Parte D.

Para saber a qué nivel de costo compartido está asignado su medicamento, busque el medicamento en la **Lista de Medicamentos** del plan.

El Capítulo 6 indica lo que usted paga por los medicamentos de cada nivel de costo compartido.

Sección C Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas le alientan a obtener un medicamento que sea seguro y eficaz para su enfermedad. Cuando un medicamento seguro y de menor costo surtirá exactamente el mismo efecto que un medicamento de mayor costo, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si hay una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Por ejemplo, su proveedor primero tendría que informarnos cuál es su diagnóstico o presentar los resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se debería aplicar a su situación, deberían solicitarnos que hagamos una excepción. Podríamos aceptar o no permitirle el uso del medicamento sin tomar las medidas adicionales.

Si desea más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

- **Limitación del uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible**

  Generalmente, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable surte el mismo efecto que un medicamento de marca o un producto biológico original, y suele costar menos. Si hay una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no le surtirá efecto a usted o si ha escrito “No substitutions” (Sin sustitución) en su receta de un medicamento de marca o un producto biológico original o si nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico, ni el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad le surtirán efecto, cubriremos el medicamento de marca.
- Es posible que su copago sea mayor por el medicamento de marca o el producto biológico original que por el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

Generalmente, un medicamento genérico surte el mismo efecto que un medicamento de marca y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca o el producto biológico original cuando haya una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico no le surtirá efecto a usted **o** si ha escrito “No substitutions” (Sin sustitución) en su receta de un medicamento de marca **o** si nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad le surtirán efecto, cubriremos el medicamento de marca.
- Es posible que su copago sea mayor por el medicamento de marca o producto biológico original que por el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.

- **Obtener la preaprobación del plan**

  Para algunos medicamentos, usted o su profesional que receta deben obtener la aprobación de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, según reglas específicas, antes de surtir su receta. Esto se llama Preautorización (PA). Si usted no obtiene la aprobación, es posible que UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio no cubra el medicamento.

- **Probar primero un medicamento diferente**

  En general, el plan desea que usted pruebe medicamentos de menor costo (que suelen surtir el mismo efecto) antes de que el plan cubra medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que el plan requiera que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le surte efecto, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito se llama terapia escalonada.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Límites de cantidad**

  Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de las reglas indicadas anteriormente se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la **Lista de Medicamentos**. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente o consulte nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto en la manera que usted desearía que lo esté. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. El medicamento quizás no esté en la **Lista de Medicamentos**. Podría haber una versión genérica del medicamento que esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no. Podría ser que un medicamento sea nuevo y que aún no lo hayamos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o límites adicionales para la cobertura de ese medicamento. Según se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que receta podrían desear solicitarnos una excepción a la regla.

Hay ciertas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea.

Sección D1 Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si no está en la **Lista de Medicamentos** o si tiene alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o de pedir al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, usted debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
   – deja de estar en la **Lista de Medicamentos** del plan; **o**
   – nunca estuvo en la **Lista de Medicamentos** del plan; **o**
   – ahora tiene alguna limitación.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

2. Usted debe estar en una de las siguientes situaciones:

- Usted estuvo en el plan el año pasado.
  - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
  - Este suministro temporal será de hasta 30 días como mínimo.
  - Si su receta indica menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en el plan.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan**.
  - Este suministro temporal será de hasta 31 días.
  - Si su receta indica menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 31 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio.
- Ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro de 31 días, o menos si su receta indica menos días. Este es un suministro adicional al suministro temporal indicado anteriormente.
  - Para miembros actuales con cambios en el nivel de cuidado: Podría haber transiciones no planificadas, como altas del hospital o cambios en el nivel de cuidado, que ocurran mientras usted es miembro de nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o sus posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas, debe usar el proceso de excepción del plan. Puede pedir un suministro de emergencia por única vez de hasta 31 días cómo mínimo que le permita tener tiempo para hablar esto con su médico o solicitar una excepción a la **Lista de Medicamentos**.
  - Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe su suministro. Sus opciones son:

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Puede cambiar el medicamento por otro.

  Es posible que haya un medicamento diferente cubierto por el plan que le surta efecto. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

O

- Puede solicitar una excepción.

  Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la **Lista de Medicamentos**. O puede pedir al plan que cubra el medicamento sin límites. Su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción si dice que usted tiene una buena razón médica para hacerlo.

Si usted actualmente es miembro y un medicamento que está tomando se quitará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción al formulario con anticipación para el próximo año. Le avisaremos si el próximo año habrá algún cambio en la cobertura de su medicamento. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si desea más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicio al Cliente.

Sección E Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio puede agregar o quitar medicamentos de la **Lista de Medicamentos** durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir exigir o no exigir una preautorización (PA) o preaprobación para un medicamento. (Preautorización es el permiso de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio antes de que usted pueda obtener un medicamento.)
- Agregar o cambiar la cantidad que usted puede obtener de un medicamento (límites de cantidad).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C anteriormente en este capítulo.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si usted está tomando un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- aparezca un medicamento nuevo más barato en el mercado que surta el mismo efecto que un medicamento de la **Lista de Medicamentos** actual, **o**
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o**
- se retire un medicamento del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted está tomando?

Para obtener más información sobre lo que ocurre cuando cambia la **Lista de Medicamentos**, usted siempre puede:

- Consultar la **Lista de Medicamentos** actualizada de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio en Internet en **es.UHCCommunityPlan.com o**
- Llamar a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), para consultar la **Lista de Medicamentos** actualizada.

Cambios que podemos hacer a la Lista de Medicamentos que le afecten durante el año del plan actual

Algunos cambios en la Lista de Medicamentos se producirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico o un biosimilar intercambiable comienza a estar disponible.** A veces, aparece un nuevo medicamento genérico en el mercado que surte el mismo efecto que un medicamento de marca o el producto biológico original de la **Lista de Medicamentos** actual. En esos casos, es posible que quitemos el medicamento de marca y que agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será menor.

  Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

  – Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que lo hayamos hecho.
  – Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede dar para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de esta guía para obtener más información sobre las excepciones.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podemos quitarlo inmediatamente de la **Lista de Medicamentos**. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Si le avisan que un medicamento que usted está tomando ha sido retirado del mercado, debería hablar con su médico u otro profesional que receta.

Podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la **Lista de Medicamentos**. Estos cambios podrían suceder si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos emite una nueva regla o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando se produzcan estos cambios:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la **Lista de Medicamentos o**
- Le avisaremos y le daremos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted pida un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la **Lista de Medicamentos** que usted puede tomar en su lugar **o**
- Si debería solicitar una excepción a estos cambios para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Si desea más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante el año del plan actual

Podemos hacer cambios en los medicamentos que usted toma que no se hayan descrito anteriormente y que no le afectan ahora. Para esos cambios, si usted está tomando un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que usted está tomando, aumentamos lo que usted paga por el medicamento o limitamos su uso, el cambio no afectará su uso del medicamento ni lo que usted paga por el medicamento durante el resto del año.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del próximo año.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año actual. Usted tendrá que consultar la **Lista de Medicamentos** del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio que le afectará durante el próximo año del plan.

Sección F Cobertura de medicamentos en casos especiales

Sección F1 Si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Usted no tendrá que pagar un copago. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el Capítulo 6.

Sección F2 Si está en un centro de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un asilo de convalecencia, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted está viviendo en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias** para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si la farmacia no es de nuestra red o si usted necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección F3 Si está en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro porque no están relacionados con su pronóstico terminal ni con enfermedades relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del

profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos, que indique que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan pueda cubrir los medicamentos.

- Para evitar demoras en la entrega de medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, puede pedir al profesional que receta o a su proveedor de cuidados paliativos que se aseguren de que tengamos la notificación de que los medicamentos no están relacionados antes de pedir a una farmacia que surta su receta.

Si se va del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar que usted dejó el centro. Consulte las partes anteriores de este capítulo que indican las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D.

Si desea más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte la Sección D del Capítulo 4.

Sección G Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

Sección G1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- Tal vez no sean necesarios porque usted está tomando otro medicamento similar que surte el mismo efecto
- Tal vez no sean seguros para su edad o sexo
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Tengan ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico
- Tengan cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opiáceos

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos con receta, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

Sección G2 Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Si usted toma medicamentos para diferentes enfermedades o está inscrito en un Programa de Administración de Medicamentos que le ayuda a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura, es posible que cumpla los requisitos para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo de terapias de medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa ayuda a que usted y su proveedor se aseguren de que sus medicamentos estén surtiendo efecto para mejorar su salud. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- Cualquier duda que usted tenga, por ejemplo, sobre los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- Cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento con receta y sin receta

Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que usted toma y por qué los toma. Además, obtendrá información sobre las maneras seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

Sería conveniente programar una revisión de medicamentos antes de su visita de “Bienestar” anual, para que pueda hablar con su profesional que receta sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o téngalos consigo en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, lleve consigo su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de manejo de terapias de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si usted no desea participar en el programa, háganoslo saber y le retiraremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente o con su Administrador del Cuidado de la Salud.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección G3 Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con los profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus profesionales que recetan, decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **de ciertos profesionales que recetan** o **que las surta en ciertas farmacias**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubrimos para usted

Si pensamos que deberíamos aplicarle una o más limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solamente de un proveedor específico o que las surta en una farmacia en particular.

Usted tendrá la posibilidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar, y cualquier información que crea que es importante que nosotros sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted haya tenido la posibilidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Es posible que el Programa de Administración de Medicamentos no se aplique a su caso si usted:

- tiene ciertas enfermedades, como cáncer o anemia drepanocítica,
- está recibiendo cuidados paliativos o para el final de la vida, **o**
- vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y de Medicaid

Introducción

Este capítulo indica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Por "medicamentos", nos referimos a:

- medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid

Dado que usted cumple los requisitos de Medicaid, está recibiendo el programa "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

El **programa Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama "Subsidio para Personas de Bajos Ingresos" (Low-Income Subsidy, "LIS").

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Si desea más información sobre medicamentos con receta, puede buscar en los siguientes lugares:

- La **Lista de Medicamentos Cubiertos** del plan. La llamamos **Lista de Medicamentos**. Le explica:
  - Qué medicamentos paga el plan
  - A cuál de los tres niveles de costo compartido está asignado cada medicamento
  - Si hay algún límite en los medicamentos

  Si usted necesita una copia de la **Lista de Medicamentos**, llame a Servicio al Cliente. También puede encontrar la **Lista de Medicamentos** en nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**. La **Lista de Medicamentos** del sitio web siempre es la más actualizada.
- El Capítulo 5 de esta **Guía para Miembros**.
  - La sección Introducción del Capítulo 5 explica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan.
  - Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos con receta que nuestro plan no cubre.

- El **Directorio de Proveedores y Farmacias** del plan.
  - En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son aquellas que han acordado trabajar con nuestro plan.
  - El **Directorio de Proveedores y Farmacias** tiene una lista de las farmacias de la red. Usted puede obtener más información sobre las farmacias de la red en la Sección A del Capítulo 5.
  - Cuando usted usa la "Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real" del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección B2 del Capítulo 5), el costo que aparece es en "tiempo real", lo que significa que el costo que aparece en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. Para obtener más información, puede llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente.

Índice

Sección A **La Explicación de Beneficios (EOB) 132**

Sección B **Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos 133**

Sección C **Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare 133**

Sección C1 Los niveles de costo compartido del plan 134

Sección C2 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 134

Sección C3 Lo que usted paga 134

Sección D **Etapa 1: La Etapa de Cobertura Inicial 136**

Sección D1 Los niveles de costo compartido del plan 136

Sección D2 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 137

Sección D3 Lo que usted paga 137

Sección D4 Fin de la Etapa de Cobertura Inicial 139

Sección E **Etapa 2: La Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores 140**

Sección F **Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo 140**

Sección G **Vacunas 141**

Sección G1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna 141

Sección G2 Lo que usted paga por una vacuna 141

Sección A La Explicación de Beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos con receta. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **gastos de su bolsillo**. Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago por sus medicamentos realizado por el programa "Ayuda Adicional" de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de ayuda de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos (SPAP).
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted obtiene medicamentos con receta a través del plan, le enviamos un resumen llamado **Explicación de Beneficios** (EOB). La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, tales como aumentos en los precios y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Usted puede hablar con el profesional que le receta sobre estas opciones de menor costo. La Explicación de Beneficios incluye:

- **Información del mes.** El resumen detalla qué medicamentos con receta usted obtuvo durante el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo pagado por el plan, así como lo que pagaron usted y otros que pagan por usted.
- **Información del año "hasta la fecha".** Incluye los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- Información sobre los Precios de los Medicamentos. Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- Alternativas de Menor Costo. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen a continuación de sus medicamentos actuales. Usted puede hablar con el profesional que receta para saber más.
  - Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare. Para obtener información más detallada sobre los gastos de su bolsillo por la Parte D de Medicare, consulte la **Lista de Medicamentos**. Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la **Lista de Medicamentos**.

Sección B Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos, de los pagos que usted realiza y de lo que Medicare paga por usted, usamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Use su Tarjeta de ID de Miembro.

Muestre su tarjeta de ID de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué recetas surte y lo que usted paga y cuánto paga Medicare por usted.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que haya pagado. Debería entregarnos copias de sus recibos cuando compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.

Si no pudo usar una farmacia de la red y tuvo que pagar su medicamento con receta, consulte la Sección A del Capítulo 7 para obtener información sobre lo que puede hacer.

3. Revise las Explicaciones de Beneficios que le enviamos.

Cuando reciba una **Explicación de Beneficios** por correo postal, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que hay un error o falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. Asegúrese de guardar estas Explicaciones de Beneficios, ya que son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

Sección C Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare

En UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Lo que usted paga depende de la etapa en la que usted se encuentre cuando surta o resurta una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial	Etapa 2: Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores
Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2025. Usted comienza esta etapa cuando haya pagado una cierta cantidad de gastos de su bolsillo.

Sección C1 Los niveles de costo compartido del plan

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento de la **Lista de Medicamentos** del plan está asignado a uno de tres niveles. En general, cuanto más alto sea el número del nivel, más alto será el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, puede buscar en la **Lista de Medicamentos**.

- Los medicamentos del Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son medicamentos genéricos. El copago es de $0 a $4.90, según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 2 tienen el copago más alto. Son medicamentos de marca. El copago es de $0 a $12.15, según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 3 tienen un copago de $0. Son medicamentos sin receta o medicamentos que no son de la Parte D.

Sección C2 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección A del Capítulo 5 o el **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Sección C3 Lo que usted paga

Es posible que pague un copago cuando surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo. Si usted tiene un copago por un medicamento, tendrá que pagar el copago a la farmacia cuando pase a retirar su medicamento con receta. Si no puede pagarlo, comuníquese con Servicio al Cliente o pídale al farmacéutico que llame inmediatamente al servicio de ayuda para farmacias de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio. Haremos todo lo posible para ayudar.

Puede comunicarse con Servicio al Cliente para saber de cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes o a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	**El servicio de pedidos por correo del plan** Un suministro de un mes o de hasta 90 días	**Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Para obtener información detallada, consulte la Sección A del Capítulo 5.
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)	$0 de copago; o $1.60 de copago; o $4.90 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)	$0 de copago; o $1.60 de copago; o $4.90 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)	$0 de copago; o $1.60 de copago; o $4.90 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)	$0 de copago; o $1.60 de copago; o $4.90 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)
Nivel 2 (Medicamentos de Marca)	$0 de copago; o $4.80 de copago; o $12.15 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)	$0 de copago; o $4.80 de copago; o $12.15 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)	$0 de copago; o $4.80 de copago; o $12.15 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)	$0 de copago; o $4.80 de copago; o $12.15 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	**El servicio de pedidos por correo del plan** Un suministro de un mes o de hasta 90 días	**Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Para obtener información detallada, consulte la Sección A del Capítulo 5.
Nivel 3 (Medicamentos Sin Receta/ Medicamentos que No Son de la Parte D)	$0	$0	$0	$0

Para obtener información sobre qué farmacias pueden entregarle suministros a largo plazo, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** del plan.

Sección D Etapa 1: La Etapa de Cobertura Inicial

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel al que esté asignado el medicamento y de la forma en que usted lo obtenga.

Sección D1 Los niveles de costo compartido del plan

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento de la **Lista de Medicamentos** del plan está asignado a uno de tres niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número del nivel, más alto será el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, puede buscar en la **Lista de Medicamentos**.

- Los medicamentos del Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son medicamentos genéricos. El copago es de $0 a $4.90, según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 2 tienen el copago más alto. Son medicamentos de marca. El copago es de $0 a $12.15, según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 3 tienen un copago de $0. Son medicamentos sin receta o medicamentos que no son de la Parte D.

Sección D2 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección A del Capítulo 5 o el **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Sección D3 Lo que usted paga

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, usted pagará un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo.

Puede comunicarse con Servicio al Cliente para saber de cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes o a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	**El servicio de pedidos por correo del plan** Un suministro de un mes o de hasta 90 días	**Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Para obtener información detallada, consulte la Sección A del Capítulo 5.
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)	$0 de copago; o $1.60 de copago; o $4.90 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)	$0 de copago; o $1.60 de copago; o $4.90 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)	$0 de copago; o $1.60 de copago; o $4.90 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)	$0 de copago; o $1.60 de copago; o $4.90 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)
Nivel 2 (Medicamentos de Marca)	$0 de copago; o $4.80 de copago; o $12.15 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)	$0 de copago; o $4.80 de copago; o $12.15 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)	$0 de copago; o $4.80 de copago; o $12.15 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)	$0 de copago; o $4.80 de copago; o $12.15 de copago (según su nivel de ingresos/si usted recibe del programa Ayuda Adicional)

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	**El servicio de pedidos por correo del plan** Un suministro de un mes o de hasta 90 días	**Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Para obtener información detallada, consulte la Sección A del Capítulo 5.
Nivel 3 (Medicamentos Sin Receta/ Medicamentos que No Son de la Parte D)	$0	$0	$0	$0

Para obtener información sobre qué farmacias pueden entregarle suministros a largo plazo, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** del plan.

Sección D4 Fin de la Etapa de Cobertura Inicial

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando el total de gastos de su bolsillo alcance los $2,000. A partir de ese momento, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Para obtener información más detallada sobre la Cobertura de Gastos Médicos Mayores, consulte la Sección E a continuación. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Sus Explicaciones de Beneficios le ayudarán a llevar un registro de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Si alcanza el límite de $2,000, le avisaremos. Muchas personas no lo alcanzan en un año. Al principio de cada nuevo año calendario, lo que usted haya pagado en su Etapa de Cobertura Inicial volverá a cero.

Sección E Etapa 2: La Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

Cuando alcance el límite de gastos de su bolsillo de $2,000 para sus medicamentos con receta, comenzará la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Usted permanecerá en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.

Sección F Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo

Por lo general, usted paga un copago para cubrir un suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle menos de un suministro de un mes de medicamentos.

- Puede haber ocasiones en las que usted desee pedirle a su médico que le recete menos de un suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, si va a probar un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo con esto, usted no tendrá que pagar el suministro de un mes completo por ciertos medicamentos.

Cuando obtenga menos que un suministro de un mes de un medicamento, lo que usted pague se basará en el número de días de suministro del medicamento que obtenga. Calcularemos lo que usted paga por cada día de medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que obtenga.

- Por ejemplo: Supongamos que el copago por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) de su medicamento es de $1.35. Esto significa que lo que usted paga por su medicamento es un poco menos de $0.05 por cada día. Si obtiene un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de un poco menos de $0.05 por cada día multiplicado por 7 días, con un pago total de menos de $0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le surta efecto antes de tener que pagar un suministro de un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete menos de un suministro de un mes helpcompleto de un medicamento, si esto le ayudará a:
  – planificar mejor cuándo resurtir sus medicamentos,
  – coordinar los resurtidos con otros medicamentos que toma, **y**
  – hacer menos viajes a la farmacia

Sección G Vacunas

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted. Consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.

2. La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **aplicarle la vacuna.** Por ejemplo, a veces, es posible que su médico le aplique la inyección de una vacuna.

Sección G1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que nos llame primero a Servicio al Cliente cada vez que planee recibir una vacuna.

- Podemos describirle la forma en que nuestro plan cubre las vacunas y explicarle la parte del costo que le corresponde a usted.
- Podemos informarle cómo mantener sus costos bajos mediante el uso de proveedores y farmacias de la red. Las farmacias de la red son aquellas que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debería colaborar con UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio para asegurarse de que usted no tenga ningún costo por adelantado por una vacuna de la Parte D.

Sección G2 Lo que usted paga por una vacuna

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué es la vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en vez de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la sección Vacunas en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos** del plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), la vacuna no le costará nada a usted.

Las siguientes son tres formas habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

1. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y se la aplican allí mismo.
   – Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
   – Por otras vacunas de la Parte D, usted no pagará nada o pagará un copago.
   – Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas.
2. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y el médico se la aplica.
   – Usted no pagará nada al médico por la vacuna.
   – Nuestro plan pagará el costo de la aplicación de la vacuna.
   – En esta situación, el consultorio médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la aplique.
   – Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
   – Por otras vacunas de la Parte D, usted pagará un copago por la vacuna en sí.
   – Nuestro plan pagará el costo de la aplicación de la vacuna.

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le explica cómo presentar una apelación si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos 144

Sección B Cómo evitar problemas de pago 147

Sección A Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Excepto cualquier copago por medicamentos que usted adeude, no debería recibir una factura por medicamentos ni servicios que reciba dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan los medicamentos y servicios que usted ya haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por el costo total de cuidado de la salud o de medicamentos, excepto las facturas en concepto de cualquier copago por medicamentos que usted adeude, llame a Servicio al Cliente o envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la Sección A del Capítulo 2.

- Si no ha pagado la factura, le pagaremos al proveedor directamente si los servicios o medicamentos están cubiertos, y usted siguió todas las reglas que se indican en la **Guía para Miembros**.
- Si ha pagado más que su parte del costo, los servicios o los medicamentos están cubiertos, y usted siguió todas las reglas que se indican en la **Guía para Miembros**, usted tiene derecho a recibir un reembolso.
- Si los servicios o los medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente. Si recibe una factura en concepto de copagos por medicamentos que usted cree que no adeuda o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudar. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

Los siguientes son algunos ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que pida a nuestro plan que le ayude con un pago que usted realizó o una factura que recibió:

1. Cuando recibe cuidado de la salud de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red

Siempre debe decirle al proveedor que usted es miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio y pedirle que facture al plan.

- Si usted paga el total cuando recibe el cuidado, puede pedir el reembolso de todo lo que pagó. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

– Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.
– Si usted ya ha pagado el servicio, colaboraremos con el proveedor para reembolsarle su pago, excepto cualquier copago por medicamentos que usted adeude.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan los servicios cubiertos. Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio cuando reciba servicios o medicamentos con receta. La facturación indebida o inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que el costo compartido del plan por los servicios. **Si recibe alguna factura, llame a Servicio al Cliente.**

- Dado que UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio paga el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- No permitimos a los proveedores que agreguen cargos por separado, lo que se llama "facturación del saldo". Incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobraron por un servicio. Aunque decidamos no pagar algunos cargos, usted no tiene que pagarlos.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. Colaboraremos con el proveedor para reembolsarle su pago por sus servicios cubiertos, excepto cualquier copago por medicamentos que usted adeude.

3. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta en una situación de emergencia

- Cubriremos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red solamente en situaciones de emergencia. Si va a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de ID de miembro para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda presentar el reclamo directamente ante nosotros. Cuando esto ocurra, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento con receta. (Cubrimos las recetas que se surten en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales.) Si usted ya pagó la factura de la farmacia, llame a Servicio al Cliente. Le ayudarán a pedir que le reembolsen los gastos de su bolsillo. Usted deberá enviarnos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. Colaboraremos con la farmacia para reembolsarle su pago por sus servicios cubiertos, excepto cualquier copago por medicamentos que usted adeude.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Los ejemplos incluyen:

– Medicamentos con receta para una emergencia médica

  Cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si están relacionados con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, y si están incluidos en nuestra **Lista de Medicamentos**. Se pueden aplicar restricciones.

– Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio

  Si usted toma un medicamento con receta con regularidad y va a realizar un viaje, asegúrese de verificar el suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de la farmacia preferida con servicio de medicamentos por correo de nuestra red o a través de otras farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber cómo pedir sus medicamentos con receta con anticipación.

– Si está viajando dentro de los Estados Unidos y se enferma, se queda sin medicamentos con receta o los pierde, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si usted sigue todas las demás reglas de cobertura.

– Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.

– Durante una catástrofe declarada, si surte una receta en una farmacia fuera de la red, llámenos para que podamos ayudarle a obtener un reembolso de cualquier gasto de su bolsillo en el que pueda haber incurrido, sin incluir ningún copago que corresponda.

– Si está tratando de surtir un medicamento con receta que no está disponible regularmente en una farmacia preferida de pedidos por correo de la red ni en una farmacia minorista de la red (incluso los medicamentos de alto costo y muy especiales).

– Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.

Siempre puede comunicarse con Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**) si le piden que pague servicios, si recibe una factura o si tiene alguna pregunta. Si desea enviarnos los datos de la factura, puede usar el formulario de esta **Guía para Miembros** o pedir a Servicio al Cliente que le envíen uno. También puede presentar la información a través de nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección B Cómo evitar problemas de pago

1. Pregúntele siempre al proveedor si el servicio está cubierto por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.

Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, no acepte pagar un servicio, a menos que usted haya solicitado a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio una decisión de cobertura (consulte la Sección E2 del Capítulo 9), haya recibido una decisión final de que el servicio no está cubierto y haya decidido que desea recibir el servicio de todas maneras, aunque el plan no lo cubra.

2. Obtenga la aprobación del plan antes de consultar a un proveedor fuera de la red.

- Las excepciones a esta regla son:
  - si usted necesita servicios para emergencias o para el cuidado de urgencia fuera de la red, o
  - si recibe servicios en Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal, Clínicas de Salud Rurales y proveedores de planificación familiar calificados incluidos en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**.
- Si recibe cuidado de parte de un proveedor fuera de la red, pídale que facture a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.
  - Si el proveedor fuera de la red está aprobado por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, usted no debería tener que pagar nada.
  - Si el proveedor fuera de la red no desea facturar a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio y usted paga el servicio, llame a Servicio al Cliente lo antes posible para avisarnos.
- Recuerde que, en la mayoría de las situaciones, usted debe obtener la aprobación del plan antes de poder usar un proveedor fuera de la red. Por lo tanto, a menos que necesite cuidado de emergencia o de urgencia, esté en su período de transición del cuidado de la salud o el proveedor no requiera una preaprobación (prior approval, PA) según lo indicado anteriormente, es posible que no paguemos los servicios que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre su período de transición del cuidado de la salud, ya sea que necesite una aprobación para usar un proveedor determinado o necesite ayuda para buscar un proveedor de la red, llame a Servicio al Cliente.

Si recibe cuidado de parte de un proveedor fuera de la red, pídale que facture a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio. Si el proveedor fuera de la red está aprobado por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, usted no debería tener que pagar nada. Si el proveedor fuera de la red no desea facturar a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio y usted paga el servicio, llame a Servicio al Cliente lo antes posible para avisarnos.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

3. Siga las reglas que se indican en la Guía para Miembros cuando reciba servicios.

Consulte la Sección B del Capítulo 3 si desea consultar las reglas para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y de salud del comportamiento, entre otros. Consulte la sección Introducción del Capítulo 5 si desea consultar las reglas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.

4. Use el Directorio de Proveedores y Farmacias para buscar proveedores de la red.

Si no tiene un **Directorio de Proveedores y Farmacias**, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una copia o visitar **es.UHCCommunityPlan.com** para obtener la información más actualizada.

5. Lleve siempre su tarjeta de ID de miembro y muéstresela al proveedor o a la farmacia cuando reciba cuidado.

Si olvidó su tarjeta de ID de miembro, pídale al proveedor que llame al plan o que consulte su información en nuestro sitio web para proveedores. Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva.

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, usted encontrará sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A **Avisos legales 151**
Sección A1 Avisos sobre las leyes 151
Sección A2 Aviso sobre antidiscriminación 151
Sección A3 Aviso sobre Medicare como segundo pagador 154
Sección B **Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades 154**
Sección C **Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 155**
Sección D **Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI) y su derecho a la privacidad 156**
Sección D1 Cómo protegemos su información de salud personal 156
Sección D2 Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos 157
Sección E **Nuestra responsabilidad de proporcionarle información sobre el plan, los proveedores de la red y sus servicios cubiertos 165**
Sección F **Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted 166**
Sección G **Su derecho a obtener su cobertura de Medicare y de la Parte D a través de Medicare Original o de otro plan de Medicare en cualquier momento con solo pedirnos un cambio 166**

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección H Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud 166

Sección H1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud..... 166

Sección H2 Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo..... 168

Sección H3 Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones 169

Sección I Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado 173

Sección I1 Qué puede hacer si cree que le están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos..... 173

Sección J Sus responsabilidades como miembro del plan 174

Sección J1 Programa de recuperación del patrimonio..... 175

Sección A Avisos legales

Sección A1 Avisos sobre las leyes

Se aplican muchas leyes a esta **Guía para Miembros**. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si esta guía no contiene ni explica esas leyes. Las leyes principales que se aplican a esta guía son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid, así como leyes estatales sobre el programa de Medicaid. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

Sección A2 Aviso sobre antidiscriminación

Usted tiene derecho a que se le trate de manera justa y con respeto y dignidad en todo momento. Cada compañía o agencia que trabaja con Medicare y Medicaid debe obedecer las leyes que le protegen a usted de discriminación o trato injusto. No le discriminamos ni le tratamos diferente debido a su edad, experiencia de reclamos, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, identidad de género, orientación sexual, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud o necesidad de servicios de salud al recibir servicios de salud, historial médico, discapacidad física o mental, origen nacional, raza, religión, sexo, estatus militar o ascendencia.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, también puede visitar **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local.
  - **1-866-227-6353**
  - (TTY **1-866-221-6700**)

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios para el cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente.

Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

Aviso de antidiscriminación y Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia en otros idiomas y formatos alternativos

Nuestra compañía cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). No excluimos ni tratamos menos favorablemente a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Usted puede solicitar intérpretes o comunicaciones en otros idiomas o formatos, por ejemplo, en letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro (TTY **711**).

Si usted cree que no le hemos prestado estos servicios o que le hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles:

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro (TTY **711**).

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Internet:	**https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**
Teléfono:	**1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
Correo Postal:	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Los formularios para quejas están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Este aviso está disponible en **https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notices**

English: ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the toll-free number on your member identification card.

Spanish: ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Haitian French Creole: ATANSYON: Gen tradiksyon ak lòt sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Si ou bezwen èd, tanpri rele nimewo gratis lan ki sou kat idantifikasyon ou kòm manm lan.

Ukranian: УВАГА! Ви можете безкоштовно скористатися послугами перекладу та іншими послугами мовної підтримки. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте за безкоштовним номером, вказаним у вашій ідентифікаційній картці учасника.

Nepali: ध्यान दिनुहोस्: तपाईंका लागि अनुवाद र अन्य भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क उपलब्ध छन्। मद्दतको अनुरोध गर्न, कृपया आफ्नो आइडी कार्डमा सूचीबद्ध टोल-फ्रि फोन नम्बरमा सदस्यलाई कल गर्नुहोस्।

Arabic: تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدوّن على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

Somali: DIGNIIN: Turjumaada iyo adeegyada kale ee kaalmada luuqadda waxaad ku heleysaa lacag la'aan. Haddii aad u baahan tahay caawimaad, fadlan wac lambarka sida bilaashka loo waco ee ku yaala kaarkaaga aqoonsiga xubinnimo.

Russian: ВНИМАНИЕ! Услуги перевода, а также другие услуги языковой поддержки предоставляются бесплатно. Если Вам нужна помощь, позвоните по номеру телефона для бесплатных звонков, указанному на Вашей идентификационной карточке участника.

Swahili: ANGALIA: Tafsiri na huduma zingine za usaidizi wa lugha zinapatikana bila gharama kwako. Ikiwa unahitaji msaada, tafadhali piga simu ya bila malipo iliyo kwenye kitambulisho chako cha mwanachama.

French: ATTENTION : la traduction et d'autres services d'assistance linguistique sont disponibles sans frais pour vous. Si vous avez besoin d'aide, veuillez composer le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

Kinyarwanda: ICYITONDERWA: Serivisi z'ubusemuzi n'ubundi bufasha bw'indimi uzihabwa nta kiguzi utanze. Niba ukeneye ubufasha, hamagara nimero itishyurwa iri ku ikarita yawe iranga umunyamuryango.

Uzbek: DIQQAT: Tarjima va boshqa til bo'yicha yordam xizmatlari sizga bepul taqdim etiladi. Agar yordam zarur bo'lsa, a'zo identifikatsiya kartasidagi bepul raqamga telefon qiling.

Pashto: پاملرنه: د ژباړې او د ژبې نور د مرستې خدمتونه تاسو ته وړیا شتون لري. که تاسو مرستې ته اړتیا لرئ، مهرباني وکړئ خپل د غړی پیژندنې کارت کې ورکړل شوي وړیا شمیرې ته زنګ ووهئ.

Vietnamese: CHÚ Ý: Dịch vụ dịch thuật và hỗ trợ ngôn ngữ khác được cung cấp cho quý vị miễn phí. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số miễn cước trên thẻ nhận dạng hội viên của quý vị.

Tigrinya: ኣስተውዕል: ናይ ትርጉምን ካልእ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎታትን ብዘይ ዝኾነ ወጻኢታት ይወሃበኩም። ሓገዝ ምስ እትደልዩ፡ ብኽብረትኩም ናብቲ ኣብ ናይ ኣባል መለለዩ ካርድኹም ዘሎ ነጻ ቁጽሪ ደውሉ።

Dari: توجه: خدمات ترجمانی و دیگر مساعدت لسانی به قسم رایگان برای شما قابل دسترس است. اگر به کمک ضرورت پیدا کردید، لطفاً به نمبر رایگان مندرج در کارت هویت اعضا به تماس شوید.

Sección A3 Aviso sobre Medicare como segundo pagador

A veces, un tercero debe pagar primero los servicios que le prestamos a usted. Por ejemplo, si usted sufre un accidente de tránsito o si se lesiona en el trabajo, un seguro o el Seguro de Accidentes Laborales debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare, pero por los que Medicare no es el primer pagador.

Sección B Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que todos los servicios se le presten de una manera culturalmente competente y accesible. Cada año que usted esté inscrito en nuestro plan, también debemos informarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender.

Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a nuestra norma sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en español y en formatos como en letra grande, braille o en audio. Puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que anotemos en nuestro sistema que desea recibir los materiales en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.

Si está teniendo dificultades para obtener información de parte de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad, y desea presentar una queja, llame:

- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- También puede comunicarse con la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- A la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o al TTY **1-800-537-7697**.

Your right to get services and information in a way that meets your needs

Each year you are in our plan, we must also tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

You have the right to make recommendations regarding our member rights & responsibilities policy.

- To get information in a way that you can understand, call the Member Engagement Center. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in Spanish and in formats such as large print, braille, or audio. You can call the Member Engagement Center and ask us to make a note in our system that you would like materials in English, large print, braille, or audio now and in the future.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call **1-877-486-2048**. You can also contact the Ohio Medicaid Hotline at **1-800-324-8680**, Monday through Friday from 7 am to 8 p.m. and Saturday from 8 a.m. to 5 p.m. TTY users should call **7-1-1**.

Sección C Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan:

- Usted tiene derecho a recibir todos los servicios que UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio debe prestarle y a elegir el proveedor que le atienda siempre que sea posible y apropiado.
- Usted tiene derecho a estar seguro de que otros no podrán verle ni oírle cuando usted reciba cuidado médico.
- Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información sobre cómo elegir un proveedor de cuidado primario en el Capítulo 3.
  - Llame a Servicio al Cliente o consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** si desea más información sobre los proveedores de la red y sobre qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a usar un especialista en salud de la mujer de la red para recibir servicios de salud de la mujer cubiertos sin obtener una referencia. Una referencia es una aprobación de su proveedor de cuidado primario para usar otro proveedor.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir los servicios oportunos de especialistas.
  - Si no puede recibir servicios en un plazo razonable, tenemos que pagar el cuidado fuera de la red.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

– Si no puede recibir servicios en un plazo razonable, tenemos que pagar el cuidado fuera de la red.

- Usted tiene derecho a recibir servicios para emergencias o cuidado requerido de urgencia sin una preaprobación (PA).
- Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Si desea más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

El Capítulo 9 le explica lo que puede hacer si usted cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. Si no puede recibir servicios en un plazo razonable, tenemos que pagar el cuidado fuera de la red. El Capítulo 9 también le explica lo que puede hacer si hemos denegado la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Sección D Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI) y su derecho a la privacidad

Protegemos su información de salud personal según lo exigen las leyes federales y estatales.

- Su información de salud personal incluye los datos que nos dio cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derecho a que le aseguren el manejo confidencial de la información concerniente a sus diagnósticos, sus tratamientos, sus pronósticos y su historial médico y social.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información de salud personal. Le entregaremos un aviso por escrito que le explica estos derechos. El aviso se llama “Aviso de Prácticas de Privacidad”. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal.

Sección D1 Cómo protegemos su información de salud personal

Usted tiene derecho a obtener información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para otra persona a la que usted haya autorizado legalmente para tener la información o quien usted haya dicho que se debería llamar en una situación de emergencia cuando no sería bueno para su salud que se la comuniquen a usted.

Nos aseguramos de que sus registros no sean encontrados ni modificados por ninguna persona sin autorización.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le damos su información de salud personal a nadie que no le proporcione o pague su cuidado. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Este permiso por escrito puede otorgarlo usted o alguien que tenga el poder legal para tomar decisiones por usted.

Hay ciertos casos en los que no se nos exige que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.

- Se nos exige que divulguemos información de salud personal a las agencias del gobierno que verifican nuestra calidad del cuidado.
- Se nos exige que entreguemos a Medicare su información de salud personal. Si Medicare divulga su información de salud personal con fines de investigación o para otros usos, esto se hará según las leyes federales. También se nos exige que compartamos sus registros médicos con Medicaid.

Sección D2 Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos

Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle un cargo por hacer una copia de sus registros médicos si no es para transferir los registros a un nuevo proveedor.

Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboraremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber si su información de salud personal se ha compartido con terceros y de qué manera se ha hecho.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2025

Por ley, debemos[1] proteger la privacidad de su información de salud (health information, "HI"). Debemos enviarle este aviso. Le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted a acceder a su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de nuestro aviso vigente.

La información de salud es información sobre su salud o sus servicios médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso de prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo postal o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Todo cambio que hagamos en el aviso se aplicará a toda la información de salud que tenemos. Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal o personal.
- Ciertas agencias del gobierno. Para verificar y asegurarnos de estar cumpliendo las leyes de privacidad.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto puede ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para Procesamiento de Pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamos. Por ejemplo, podemos informar a un médico si pagaremos ciertos procedimientos médicos y el porcentaje de la factura que se podría cubrir.
- **Para Tratamientos o la Administración del Cuidado.** Para ayudarle con su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un hospital en el que usted se encuentre para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.
- **Para Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Para llevar adelante nuestra actividad comercial. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o para el manejo de enfermedades disponible para usted. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos comunicarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si recibe el seguro de salud a través de su empleador, podemos proporcionarle información sobre su inscripción y sobre la cancelación de su inscripción, y un resumen de información de salud a su empleador. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Para Fines de Suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción del seguro de salud. No usaremos su información genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos enviarle recordatorios de sus citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Podemos comunicarnos con usted sobre los pagos, el cuidado de la salud o los beneficios de su seguro de salud.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.** Para cumplir las leyes que se nos aplican.
- **A las Personas Involucradas en Su Cuidado.** Un familiar u otra persona que le ayuda con su cuidado médico o paga su cuidado. También podría ser un familiar en una situación de emergencia. Por ejemplo, en el caso de que usted no pueda decirnos si podemos compartir o no su información de salud. Si no puede decirnos lo que desea, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o pagaron su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Abuso, Maltrato, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con ciertas entidades autorizadas por ley a obtenerla. Estas entidades pueden ser agencias de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos,** por ejemplo, para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** A agencias de salud pública o responsables de hacer cumplir la ley, por ejemplo, en una situación de emergencia o catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para ciertos servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Si se lesionó en el trabajo o para cumplir las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad. También podemos usar información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o médico legista, que puede ayudar a identificar a la persona fallecida, a saber por qué murió o a cumplir ciertas leyes. También podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Por ejemplo, para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales o Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas en custodia, por ejemplo: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales.** Para prestarle servicios, si es necesario. Son compañías que nos prestan servicios y se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
  1. Trastornos por consumo de sustancias y de alcohol
  2. Información biométrica
  3. Abuso, maltrato o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
  4. Enfermedades contagiosas
  5. Información genética
  6. VIH/SIDA
  7. Salud mental
  8. Información de menores
  9. Recetas
  10. Salud reproductiva
  11. Enfermedades de transmisión sexual

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Solo usaremos o compartiremos su información de salud según lo descrito en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas y para usar su información de salud en cierta correspondencia de marketing. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID del seguro de salud.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos para su información médica.

- **A pedirnos que limitemos** nuestro uso o divulgación para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o que pagan su cuidado. Podemos permitir a sus dependientes que soliciten límites. **Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para que limitemos nuestro uso o divulgación se debe presentar por escrito.
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal, en lugar de en su domicilio. Concederemos su solicitud según lo permitido por la ley estatal y federal. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación.
- **A consultar u obtener una copia** de cierta información de salud. Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.
- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Envíe esta solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A recibir un informe** de cuándo compartimos su información de salud en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá cuándo compartimos información de salud por los siguientes motivos. (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales o responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco indicará las divulgaciones de información de las que la ley federal no nos exige realizar un seguimiento.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **A obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En ciertos estados, usted puede tener derecho a pedir que borremos** su información de salud. Según el lugar en donde usted viva, es posible que pueda pedirnos que borremos su información de salud. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Si no podemos hacerlo, le avisaremos. En ese caso, usted puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo Ejercer Sus Derechos

- **A Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea hacer valer sus derechos, **llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-842-4968**, o al TTY/RTT **711.**
- **A Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo postal a:

  UnitedHealthcare Privacy Office
  MN017-E300
  PO Box 1459
  Minneapolis MN 55440
- **A Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

[1]Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se aplica a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group. Para obtener una lista actual de los planes de salud sujetos a este aviso, visite **https://www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2**.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2025

Protegemos[2] su "información financiera (financial information, "FI") personal". La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Cómo Compartimos Su Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre Este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al **1-866-842-4968,** o al TTY/RTT **711.**

[2]A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a los planes de salud afiliados a UnitedHealth Group, y a las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones. Para obtener una lista actual de los planes de salud sujetos a este aviso, visite **https://www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2**.

© 2025 United HealthCare Services, Inc.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección E Nuestra responsabilidad de proporcionarle información sobre el plan, los proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Como miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, usted tiene derecho a obtener información de nuestra parte. Si no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-877-542-9236** (TTY **711**). Este servicio es gratuito. Contamos con materiales escritos en español. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o en audio.

Si usted desea obtener información sobre algo de lo siguiente, llame a Servicio al Cliente:

- Cómo elegir o cambiar un plan
- Nuestro plan, que incluye, entre otros datos:
  - Información financiera
  - Cómo han calificado al plan los miembros
  - El número de apelaciones presentadas por los miembros
  - Cómo dejar el plan
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluido lo siguiente:
  - Cómo elegir o cambiar un proveedor de cuidado primario (PCP). Puede cambiarlo por otro de la red una vez al mes. Debemos enviarle algún documento por escrito que diga quién es el nuevo proveedor de cuidado primario y cuál es la fecha en que entró en vigencia el cambio.
  - Títulos académicos y habilitaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
  - Cómo pagamos a los proveedores dentro de nuestra red
  - Una lista de los proveedores y las farmacias dentro de la red del plan, que se encuentra en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**.
- Los servicios (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) cubiertos, así como las reglas que usted debe seguir, que incluyen:
  - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
  - Límites en su cobertura y sus medicamentos
  - Reglas que usted debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el Capítulo 9), lo que incluye pedirnos que:

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

– Pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
– Cambiemos una decisión que tomamos
– Paguemos una factura que usted recibió

Sección F Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores dentro de nuestra red no pueden hacerle pagar servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros les pagamos a los proveedores menos de lo que nos cobraron. Para saber qué puede hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7.

Sección G Su derecho a obtener su cobertura de Medicare y de la Parte D a través de Medicare Original o de otro plan de Medicare en cualquier momento con solo pedirnos un cambio

- Usted tiene derecho a recibir sus servicios para el cuidado de la salud de Medicare a través de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos con receta o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos con receta o Medicare Advantage.
- Debe seguir recibiendo sus servicios de Medicaid a través de un plan MyCare Ohio.

Si desea hacer un cambio, puede llamar a la Línea Directa de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.

Sección H Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud

Sección H1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Conocer sus opciones** y que le expliquen todos los tipos de tratamiento de una manera apropiada a su enfermedad y capacidad de comprensión, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- **Conocer los riesgos** y que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado.
  - Se le debe informar por anticipado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación.
  - Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión** de otro proveedor de la red calificado antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
  - Si no hay un proveedor de la red calificado que pueda atenderle, haremos los arreglos necesarios para que visite a un proveedor fuera de la red sin costo para usted.
- **"Negarse".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento o terapia.
  - Esto incluye el derecho a:
    - dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga.
    - dejar de tomar un medicamento.
  - Si usted se niega a recibir un tratamiento o una terapia, o a tomar un medicamento, el médico o UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio deben hablar con usted sobre lo que podría ocurrir y deben poner una nota en su registro médico.
  - Si se niega a recibir un tratamiento o si deja de tomar un medicamento, no le darán de baja del plan.
  - Sin embargo, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda
- **Pedirnos una explicación de por qué un proveedor se negó a atenderle** y recibirla si un proveedor le denegó el cuidado que usted piensa que debería recibir.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que se le denegó o que generalmente no está cubierto.** A esto se le llama decisión de cobertura El Capítulo 9 indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.
- **Conocer los roles específicos de los profesionales médicos estudiantes** y rechazar el tratamiento de un estudiante.

Sección H2 Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas. Antes de que le ocurra esto, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **otorgarle a otra persona el derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted**.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo del cuidado de su salud si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que usted puede usar para dar las instrucciones se llama instrucciones por anticipado. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y tienen distintos nombres. Por ejemplo, hay un testamento vital y un poder legal para el cuidado de la salud.

Usted no está obligado a usar instrucciones por anticipado, pero puede hacerlo si lo desea. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle un formulario a su médico, a un abogado, a una agencia de servicios legales o a un trabajador social. Las organizaciones que proporcionan información a las personas sobre Medicare o Medicaid también pueden tener formularios de instrucciones por anticipado. Actualmente, los formularios también se encuentran disponibles en el siguiente sitio web: **proseniors.org/advance-directives**.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias a las personas que deban tener conocimiento del documento.** Debería entregarle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Además, sería conveniente que distribuya copias a sus amigos íntimos o a sus familiares. Guarde una copia en su domicilio.
- Si usted será hospitalizado y ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, **lleve una copia con usted al hospital**.

En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.

Si no ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión llenar o no un formulario de instrucciones por anticipado.

Sección H3 Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Ohio por teléfono al **1-800-342-0553** o por correo electrónico a **HCComplaints@odh.ohio.gov**.

INSTRUCCIONES POR ANTICIPADO

Usted Tiene Derecho

Cómo usar las instrucciones por anticipado para indicar sus deseos sobre su cuidado médico

Las personas suelen preocuparse por el cuidado médico que recibirían si estuvieran demasiado enfermas para expresar sus deseos.

Algunas de ellas no quisieran pasar meses o años en soporte vital. Otras quisieran hacer todo lo posible para alargar la vida.

Usted puede indicar sus deseos de cuidado médico por escrito mientras esté sano y sea capaz de decidir. Su centro de cuidado de la salud debe explicarle su derecho a indicar sus deseos sobre el cuidado médico. También debe preguntarle si usted ha dejado sus deseos por escrito.

Este documento explica los derechos conforme a la ley de Ohio a aceptar o denegar el cuidado médico. También explica cómo puede indicar sus deseos sobre el cuidado que desearía recibir si usted no pudiera decidir por sí mismo. Este documento no contiene asesoramiento legal, pero le ayudará a comprender sus derechos conforme a la ley.

¿Cuáles son mis derechos a elegir mi cuidado médico?

Usted tiene derecho a elegir su propio cuidado médico. Si no desea recibir un cierto tipo de cuidado, tiene derecho a decirle a su médico que no lo desea.

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo para decidir? ¿Qué pasa si no puedo expresar mis deseos?

La mayoría de las personas pueden decirles a sus médicos cuáles son sus deseos sobre su cuidado médico. Sin embargo, algunas personas se enferman demasiado como para decirles a sus médicos el tipo de cuidado que desean recibir. Conforme a la ley de Ohio, usted tiene derecho a llenar un formulario mientras sea capaz de actuar por sí mismo. El formulario indica a sus médicos lo que usted desea que ocurra si no puede expresar sus deseos.

¿Qué clases de formularios hay?

Conforme a la ley de Ohio, hay cuatro formularios diferentes, o instrucciones por anticipado, que usted puede usar: un Testamento Vital, una Orden de No Reanimar (Do Not Resuscitate, DNR), un Poder Legal para el Cuidado de la Salud (también conocido como Poder Legal Duradero para el

Cuidado de la Salud) y una Declaración para el Tratamiento de Salud Mental. Usted llena un formulario de instrucciones por anticipado mientras sea capaz de actuar por sí mismo. Las instrucciones por anticipado permiten que su médico y otras personas conozcan sus deseos sobre el cuidado médico.

¿Tengo que llenar un formulario de instrucciones por anticipado antes de recibir cuidado médico?

No. Nadie puede obligarle a llenar un formulario de instrucciones por anticipado. Usted decide si desea llenar uno.

¿Quiénes pueden llenar un formulario de instrucciones por anticipado?

Cualquier persona mayor de 18 años que esté en su sano juicio y sea capaz de tomar sus propias decisiones puede llenar un formulario.

¿Necesito un abogado?

No, no necesita un abogado para llenar un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Las personas que me proporcionan cuidado médico tienen que cumplir mis deseos?

Sí, si sus deseos cumplen la ley estatal. Sin embargo, una persona que le proporciona cuidado médico tal vez no pueda cumplir sus deseos porque van en contra de su propia conciencia. En ese caso, le ayudarán a encontrar a otra persona que cumpla sus deseos.

Testamento Vital

Un Testamento Vital indica en qué medida desea usar métodos de soporte vital para alargar su vida. Solamente entra en vigencia cuando usted está:

- En un coma del que no se espera que despierte, –O–
- Desahuciado, sin esperanza de recuperarse y sin poder expresar sus deseos, –O–
- Por morir y sin poder expresar sus deseos.

Las personas que le proporcionan cuidado médico deben hacer lo que usted indique en su Testamento Vital. Un Testamento Vital les da derecho a cumplir sus deseos. Solamente usted puede cambiar o cancelar su Testamento Vital. Puede hacerlo en cualquier momento.

Orden de No Reanimar

Una Orden de No Reanimar (DNR) es una indicación escrita por un médico o, en determinadas circunstancias, una enfermera especialista certificada o un especialista en enfermería clínica, que indica a los proveedores de cuidado de la salud no practicar reanimación cardiopulmonar (RCP). En Ohio, hay dos tipos de Órdenes de No Reanimar: (1) Cuidados que le Den Alivio con Orden de No Reanimar y (2) Cuidados que le Den Alivio con Orden de No Reanimar–Paro Cardíaco. Le convendría hablar con su médico sobre las opciones de Órdenes de No Reanimar.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Poder Legal para el Cuidado de la Salud

Un Poder Legal para el Cuidado de la Salud es diferente de otros tipos de poderes legales. Este documento trata únicamente del Poder Legal para el Cuidado de la Salud, no de los otros tipos de poderes legales.

Un Poder Legal para el Cuidado de la Salud le permite elegir una persona para que cumpla sus deseos de cuidado médico. La persona actúa por usted si usted no puede hacerlo por sí mismo. Podría ser durante un período breve o largo.

¿A quién debería elegir?

Puede elegir a cualquier amigo o familiar adulto en quien confíe para que actúe por usted cuando no pueda hacerlo por sí mismo. Asegúrese de hablar con la persona sobre lo que usted desea. Luego ponga por escrito lo que desea o que no desea. También debería hablar con su médico sobre lo que usted desea. La persona que usted elija debe cumplir sus deseos.

¿Cuándo entra en vigencia mi Poder Legal para el Cuidado de la Salud?

El formulario entra en vigencia únicamente cuando usted no pueda elegir su cuidado por sí mismo. El formulario permite que su familiar o su amigo interrumpa el soporte vital únicamente en las siguientes circunstancias:

- Si usted está en un coma del que no se espera que despierte, –O–
- Si está por morir.

Declaración para el Tratamiento de Salud Mental

Una Declaración para el Tratamiento de Salud Mental se centra más específicamente en el cuidado de la salud mental. Permite que usted, mientras sea capaz, nombre a un representante para que tome decisiones en nombre de usted cuando ya no tenga capacidad para tomar una decisión. Además, la declaración puede establecer ciertos deseos relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, usted puede indicar las preferencias de medicamentos y tratamientos, así como las preferencias concernientes a la admisión o retención en un centro.

¿Cuál es la diferencia entre un Poder Legal para el Cuidado de la Salud y un Testamento Vital?

Su Testamento Vital explica, por escrito, sus deseos sobre el uso de métodos de soporte vital si usted no puede expresar sus deseos. Su Poder Legal para el Cuidado de la Salud le permite elegir una persona para que cumpla sus deseos de cuidado médico cuando usted no pueda actuar por sí mismo.

Si tengo un Poder Legal para el Cuidado de la Salud, ¿también necesito un Testamento Vital?

Puede tener ambos. Cada uno trata partes diferentes de su cuidado médico.

¿Puedo cambiar mis instrucciones por anticipado?

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sí, usted puede cambiar sus instrucciones por anticipado cada vez que lo desee. Es una buena idea revisar sus instrucciones por anticipado de vez en cuando para asegurarse de que aún digan lo que usted desea y que cubran todos los aspectos.

Si no tengo instrucciones por anticipado, ¿quién decide mi cuidado médico si yo no puedo hacerlo?

La ley de Ohio permite que su familiar más cercano decida su cuidado médico si usted está por morir y no puede actuar por sí mismo.

¿Dónde obtengo los formularios de instrucciones por anticipado?

Muchas de las personas y de los lugares que le proporcionan cuidado médico tienen formularios de instrucciones por anticipado. También es posible que pueda obtener estos formularios en JFS 7236 R&R.indd (**ohio.gov**).

¿Qué debo hacer con mis formularios después de llenarlos?

Debe entregar copias a su médico y al centro de cuidado de la salud para que las adjunten a su registro médico. Dele una copia a un amigo o familiar de confianza. Si ha elegido a alguien en un Poder Legal para el Cuidado de la Salud, dele una copia a esa persona. Guarde una copia con sus documentos personales. También podría ser conveniente que le dé una copia a su abogado o clérigo. Asegúrese de decirles a sus familiares y a sus amigos lo que ha hecho. No se trata simplemente de guardar los formularios y olvidarse de ellos.

Donación de Órganos y Tejidos

Los habitantes de Ohio pueden decidir si desean donar los órganos y tejidos en caso de muerte. Al hacer pública su preferencia, pueden asegurarse de que se cumplan sus deseos inmediatamente y que sus familias y seres queridos no tengan el peso de tomar esta decisión en un momento que, de por sí, ya es difícil. Algunos ejemplos de los órganos que se pueden donar son: corazón, pulmones, hígado, riñones y páncreas. Algunos ejemplos de los tejidos que se pueden donar son: piel, hueso, ligamentos, venas y córneas.

Hay dos formas de registrarse para convertirse en donante de órganos y tejidos:

(1) Usted puede indicar sus deseos sobre la donación de órganos y tejidos cuando obtenga o renueve su licencia de conducir de Ohio o su tarjeta de ID estatal, –O–

(2) Puede registrarse en Internet como donante de órganos a través del sitio web del Registro de Donantes de Ohio (Ohio Donor Registry): **donatelifeohio.org**.

Sección I Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado

El Capítulo 9 le explica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación ante nosotros para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. También le enviaremos un aviso cuando pueda presentar una apelación directamente ante la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan presentaron contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicio al Cliente.

Sección I1 Qué puede hacer si cree que le están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Usted tiene la libertad de ejercer todos sus derechos al saber que ni UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, ni los proveedores de nuestra red, ni Medicare ni el Departamento de Medicaid de Ohio tomarán represalias en su contra por hacerlo.

Si usted cree que ha sido tratado injustamente — y **no** es un asunto de discriminación por los motivos que se indican en el Capítulo 11, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede recibir ayuda si llama:

- A Servicio al Cliente.
- A la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680** (los usuarios de TTY deben llamar al **7-1-1**), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.
- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. (También puede leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en **medicare.gov/publications/11534-s-medicare-rights-and-protections.pdf**.)
- Al Ombudsman de MyCare Ohio de la Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado al **1-800-282-1206**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre esta organización.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Leer esta Guía para Miembros** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener información detallada sobre sus:
  - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Estos capítulos explican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y lo que usted paga.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta** que tenga. Se nos exige que nos aseguremos de que usted esté usando todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de la salud. Si usted tiene otra cobertura, llame a Servicio al Cliente.
- **Informar a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de ID de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y otros proveedores de cuidado de la salud a proporcionarle el mejor cuidado.
  - Deles la información que necesiten sobre usted y sobre su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus proveedores acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pagar lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Medicaid les paga la prima de la Parte A y la prima de la Parte B a casi todos los miembros de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio. Si usted paga la prima de la Parte A o de la Parte B, y cree que Medicaid debería haberlas pagado, puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado para pedir ayuda.
  - Por algunos de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

cuando recibe el medicamento.

Si recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, es posible que usted tenga que pagarlo.

- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.

- **Avisarnos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Servicio al Cliente.
  - **Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir en nuestro plan.** Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio. El Capítulo 1 explica nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarle a determinar si usted se muda fuera de nuestra área de servicio. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
  - Además, asegúrese de informar su nueva dirección a Medicare y Medicaid cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para ver los números de teléfono de Medicare y de Medicaid.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted. Para obtener más información, consulte la Sección K del Capítulo 1. También debe notificar al Trabajador Social del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado local.
- Llamar a Servicio al Cliente para recibir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.

Sección J1 Programa de recuperación del patrimonio

Si está institucionalizado permanentemente o es mayor de 55 años al momento de recibir beneficios de Medicaid, es posible que el Programa de Recuperación del Patrimonio recupere de su patrimonio el costo de su cuidado que pagó el Departamento de Medicaid de Ohio. El costo de su cuidado puede incluir el pago por capitación que el Departamento de Medicaid de Ohio realizó a su plan de cuidado administrado, incluso si el pago es mayor que el costo de los servicios que usted recibió. La recuperación del patrimonio se lleva a cabo después de su fallecimiento.

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo tiene información sobre sus derechos a solicitar una decisión de cobertura o una apelación, o a presentar una queja. Lea este capítulo para saber lo que puede hacer si:

- Tiene un problema con su plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, un artículo o un medicamento que su plan le ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado sobre su cuidado.
- Cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si tiene un problema con sus apoyos y servicios a largo plazo o de salud

Usted debería recibir el cuidado de la salud, los medicamentos y los apoyos y servicios a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su plan de cuidado. Sin embargo, es posible que a veces se tope con un problema al recibir servicios o que no esté conforme con la forma en que le prestaron los servicios o con la forma en que le trataron. Este capítulo explica las diferentes opciones que usted tiene para tratar los problemas y las quejas sobre nuestro plan, los proveedores de nuestro plan, la recepción de servicios y el pago de servicios. **Usted también puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 para que le oriente con su problema.**

Si desea ver recursos adicionales para tratar sus inquietudes y las maneras de comunicarse con ellos, consulte la Sección H del Capítulo 2, donde encontrará más información sobre los programas de ombudsman.

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Índice

Introducción 176

Si tiene un problema con sus apoyos y servicios a largo plazo o de salud 176

Sección A Qué puede hacer si tiene un problema 180

Sección A1 Información sobre los términos legales 180

Sección B Dónde llamar para pedir ayuda 180

Sección B1 Dónde obtener más información y ayuda 180

Sección C Problemas con sus beneficios 183

Sección C1 Cómo usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, o para presentar una queja 183

Sección D Decisiones de cobertura y apelaciones 183

Sección D1 Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones 183

Sección D2 Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará 184

Sección E Problemas sobre el cuidado médico 186

Sección E1 Cuándo puede usar esta sección 186

Sección E2 Cómo solicitar una decisión de cobertura 188

Sección E3 Apelación de Nivel 1 relacionada con el cuidado médico (no medicamentos de la Parte D) 191

Sección E4 Apelación de Nivel 2 relacionada con el cuidado médico (no medicamentos de la Parte D) 196

Sección E5 Problemas de pago 201

Sección F Medicamentos de la Parte D 203

Sección F1 Qué puede hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que se le reembolse su pago de un medicamento de la Parte D 203

Sección F2 Qué es una excepción 205

Sección F3 Información importante sobre la solicitud de excepciones 206

Sección F4 Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso del costo de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción 206

Sección F5 Apelación de Nivel 1 relacionada con medicamentos de la Parte D 209

Sección F6 Apelación de Nivel 2 relacionada con medicamentos de la Parte D 212

Sección G Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada 214

Sección G1 Cómo se enterará de sus derechos de Medicare 214

Sección G2 Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 215

Sección G3 Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 217

Sección H Qué puede hacer si piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) de Medicare terminarán demasiado pronto 218

Sección H1 Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura 219

Sección H2 Apelación de Nivel 1 para continuar con su cuidado 219

Sección H3 Apelación de Nivel 2 para continuar con su cuidado 221

Sección I Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 222

Sección I1 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare 222

Sección I2 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicaid 223

Sección J Cómo presentar una queja 223

Sección J1 Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas 223

Sección J2 Quejas internas 225

Sección J3 Quejas externas 226

Formulario de queja formal y apelación 228

Sección A Qué puede hacer si tiene un problema

Este capítulo le informa lo que puede hacer si usted tiene un problema con su plan, con sus servicios o sus pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

Sección A1 Información sobre los términos legales

Algunas de las reglas y los plazos de este capítulo incluyen términos legales difíciles. Dado que muchos de estos términos pueden ser difíciles de comprender, hemos usado palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. También usamos la menor cantidad de siglas posible.

Por ejemplo, diremos:

- "Presentar una queja" en lugar de "presentar una queja formal"
- "Decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización", "determinación de beneficios", "determinación en riesgo" o "determinación de cobertura"
- "Decisión de cobertura rápida" en lugar de "determinación rápida"

Conocer los términos legales correctos puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.

Sección B Dónde llamar para pedir ayuda

Sección B1 Dónde obtener más información y ayuda

A veces, puede ser complicado iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede suceder que usted no tenga el conocimiento necesario para dar el próximo paso. Usted puede comunicarse con cualquiera de los siguientes recursos para recibir ayuda.

Cómo recibir ayuda de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio

Servicio al Cliente puede ayudarle con cualquier problema o queja sobre el cuidado de su salud, sus medicamentos y sus apoyos y servicios a largo plazo. Deseamos ayudarle con problemas como los siguientes: comprender los servicios que están cubiertos; cómo recibir servicios; buscar un proveedor; si le piden que pague un servicio; solicitar una decisión de cobertura o una apelación; o presentar una queja (también llamada queja formal). Para comunicarse con nosotros, usted puede:

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Llamar a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.
- Visitar nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com** para enviar una pregunta, una queja o una apelación.
- Llenar el formulario de apelación/de queja de este capítulo, o llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que le enviemos un formulario por correo.
- Escribir una carta para informarnos cuál es su pregunta, problema, queja o apelación. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número que se encuentra en la parte de adelante de su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio y su dirección y número de teléfono. También debe enviarnos cualquier información que explique su problema.

Envíe el formulario o su carta a:

Quejas Formales y Apelaciones Médicas (no de medicamentos):
UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
PO Box 6103
MS CA 120-0360
Cypress, CA 90630
Fax para proceso estándar: **801-994-1394**
Fax para proceso rápido: **1-866-373-1081**

Apelaciones de Medicamentos (de la Parte D):
UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Part D Standard Appeals
P.O. Box 6103
MS CA 120-0368
Cypress, CA 90630
Fax para proceso estándar: **877-960-8235**
Fax para proceso rápido: **801-994-1082**

Cómo recibir ayuda del Departamento de Medicaid de Ohio

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid. La línea directa puede responder sus preguntas y dirigirle al personal que le ayudará a entender qué puede hacer con respecto a su problema. La línea directa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Puede llamar a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio en **medicaid.ohio.gov**.

Cómo recibir ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio

Usted también puede recibir ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio, que es un programa del ombudsman que puede ayudarle a resolver los problemas que pudiera tener con nuestro plan. También puede ayudarle a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan. Consulte la Sección H del Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas del ombudsman.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

El Ombudsman de MyCare Ohio es un defensor independiente que no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Usted puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al **1-800-282-1206** (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: **1-800-750-0750**), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede presentar una queja en Internet en: **aging.ohio.gov/contact**. Los servicios son gratuitos.

Cómo recibir ayuda de Medicare

Puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda si tiene problemas. A continuación, encontrará dos maneras de recibir ayuda de Medicare:

- Llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.
- Visitar el sitio web de Medicare en **es.medicare.gov**.

Cómo recibir ayuda de otros recursos

También sería conveniente que hable sobre su problema con las siguientes personas y les pida ayuda.

- Puede hablar con su médico u otro proveedor. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura. Si usted no está de acuerdo con la decisión de cobertura, el médico u otro proveedor que solicitó el servicio puede presentar una apelación de Nivel 1 en nombre de usted (si desea más información sobre las apelaciones de Nivel 1 consulte la Sección E3).
  - Si desea que su médico u otro proveedor actúe en nombre de usted en una apelación de servicios cubiertos por Medicaid solamente o en una Audiencia Estatal de Medicaid, debe nombrarlo como su representante por escrito.
- Puede hablar con un amigo o un familiar. Esa persona puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación, o presentar una queja en nombre de usted, si usted la nombra como su “representante”.
  - Si desea que una persona sea su representante, incluso su médico o proveedor, con su consentimiento, llame a Servicio al Cliente y pida el formulario de “Nombramiento de un Representante”. Puede obtener el formulario en **cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf** o en nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**. El formulario autoriza a esa persona a actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - También aceptaremos una carta u otro formulario apropiado para autorizar a su representante.

- Usted puede hablar con un abogado. Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. Si desea obtener información sobre cómo recibir ayuda legal gratuita, puede comunicarse con su oficina de asistencia legal local o llamar a Ohio Legal Aid al número gratuito **1-866-529-6446 (1-866-LAW-OHIO)**. Si desea que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un Representante. Tenga en cuenta que **usted no necesita un abogado** para solicitar una decisión de cobertura ni para presentar una apelación ni una queja.

Sección C Problemas con sus beneficios

Sección C1 Cómo usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, o para presentar una queja

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La tabla a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para sus problemas o sus quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si el cuidado médico en particular [artículos o servicios médicos, o medicamentos con receta de la Parte B, o apoyos y servicios a largo plazo] tiene cobertura o no, y la manera en que está cubierto, así como los problemas relacionados con el pago del cuidado médico.)

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Consulte la **Sección D: "Decisiones de cobertura y apelaciones"**.	**No.** Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura. Pase a la **Sección J: "Cómo presentar una queja"**.

Sección D Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección D1 Descripción general de las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos, y a los medicamentos con receta de la Parte B como cuidado médico.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura, o con lo que pagaremos por sus artículos o servicios médicos, o sus medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura para usted y lo que pagamos.

Si usted o su médico no están seguros de que un servicio, artículo o medicamento esté cubierto por Medicare o Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico se lo dé.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, un artículo o un medicamento que usted desea no es médicamente necesario, no es un beneficio cubierto o ya no está cubierto por Medicare o por Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

¿Cómo puedo recibir ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones?

Si necesita ayuda, puede comunicarse con cualquiera de los recursos que se indican en la **Sección B1**.

Sección D2 Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará

Hay cuatro tipos de situaciones distintas que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Separamos este capítulo en distintas secciones para ayudarle a encontrar las reglas que usted debe seguir. **Solamente debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- La **Sección E** proporciona información si usted tiene problemas para recibir cuidado médico (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
  - No recibe el cuidado médico que desea y cree que nuestro plan cubre ese cuidado.
  - No aprobamos cuidado médico que su médico desea darle, y usted cree que ese cuidado debería estar cubierto.
    - **NOTA**: Solamente use la **Sección E** para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la **Lista de Medicamentos Cubiertos**, también conocida como la **Lista de Medicamentos**, que tienen un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D, consulte la **Sección F**.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

– Usted recibió cuidado médico que cree que debería estar cubierto, pero no pagamos ese cuidado.
– Usted recibió y pagó cuidado médico que creía que cubríamos, y desea pedirnos que paguemos los servicios para que se le pueda reembolsar su pago.
– Le dicen que la cobertura del cuidado médico que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá, y no está de acuerdo con nuestra decisión.
  • **NOTA**: Si la cobertura que se interrumpirá es para cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF), usted debe leer otra sección de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado. Consulte las **Secciones G** y **H**.
  • Su solicitud de decisión de cobertura podría ser desestimada. Esto significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de situaciones en las que podríamos desestimar su solicitud: si su solicitud está incompleta; si alguien la presenta por usted, pero no nos ha dado un comprobante que demuestre que usted aceptó permitir que lo hiciera; o si usted pide que se la retire. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explicará por qué y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.

• La **Sección F** le proporciona información si usted tiene problemas con los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
– Desea pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra **Lista de Medicamentos**.
– Desea pedirnos que anulemos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
– Desea pedirnos que cubramos un medicamento que requiere una preaprobación (PA).
– No aprobamos su solicitud o excepción, y usted o su médico u otro profesional que receta creen que deberíamos haberlo hecho.
– Desea pedirnos que paguemos un medicamento con receta que usted ya compró para que se le pueda reembolsar su pago. (Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago.)

• La **Sección G** le proporciona información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted piensa que el médico le dará de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
– Está en el hospital y cree que el médico le pidió que deje el hospital demasiado pronto.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- La **Sección H** le proporciona información si usted cree que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada y sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Si necesita otra ayuda o información, llame al Ombudsman de MyCare Ohio al **1-800-282-1206** (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: **1-800-750-0750**).

Sección E Problemas sobre el cuidado médico

Sección E1 Cuándo puede usar esta sección

Esta sección trata sobre lo que usted puede hacer si tiene problemas con sus beneficios por el cuidado médico, como artículos o servicios médicos, servicios dentales o para la vista, servicios de salud del comportamiento, y apoyos y servicios a largo plazo. También puede usar esta sección si tiene problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la **Lista de Medicamentos** que tienen un * no están cubiertos por la Parte D. Para obtener información sobre las apelaciones de medicamentos de la Parte D, use la **Sección F**.

Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no está recibiendo.

   Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. Usted desea que cubramos un beneficio que requiere la aprobación del plan (también llamada preautorización [PA]) antes de recibir el servicio.

   Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

   NOTA: Consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 para ver una lista general de los servicios cubiertos, así como información sobre los servicios que requieren una preautorización de nuestro plan. Consulte la **Lista de Medicamentos** para saber si algún medicamento requiere una preautorización. También puede encontrar las listas de servicios y medicamentos que requieren una preautorización en **es.UHCCommunityPlan.com**.

3. No aprobamos el cuidado médico que su médico desea proporcionarle, y usted cree que deberíamos haberlo hecho.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar el cuidado. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. No aprobamos su solicitud para recibir servicios del programa de exención de un proveedor específico dirigido por el participante o ajeno a la agencia de la red.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la solicitud. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

5. Usted recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

6. Usted recibió y pagó cuidado médico que creía que estaba cubierto, y desea que colaboremos con el proveedor para reembolsarle su pago.

   Lo que puede hacer: Puede pedirnos que colaboremos con el proveedor para reembolsarle su pago. Consulte la **Sección E5** de esta sección para obtener información sobre cómo pedir el pago.

7. Redujimos, suspendimos o interrumpimos su cobertura de cuidado médico, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir el servicio o el artículo. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

   NOTA: Si le decimos que los servicios o los artículos aprobados previamente se reducirán, suspenderán o interrumpirán antes de que usted reciba todos los servicios o los artículos que fueron aprobados, es posible que usted pueda seguir recibiendo los servicios o los artículos durante la apelación. Lea "¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?".

   NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es de cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Lea las **Secciones G o H** para saber más.

8. No tomamos una decisión de cobertura en los plazos en que deberíamos haberlo hecho.

   Lo que puede hacer: Puede presentar una queja o una apelación. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre cómo presentar una queja. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 1.

   NOTA: Si necesita ayuda para decidir qué proceso usar, puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al **1-800-282-1206** (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: **1-800-750-0750**).

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

9. No tomamos una decisión de apelación en los plazos en que deberíamos haberlo hecho

   Lo que puede hacer: Puede presentar una queja. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre cómo presentar una queja. Además, si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicaid, puede solicitar una Audiencia Estatal. Consulte la **Sección E4** para obtener información sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal. Tenga en cuenta que, si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicare, y no le damos una respuesta en el plazo requerido, enviaremos automáticamente su apelación al Nivel 2.

   NOTA: Si necesita ayuda para decidir qué proceso usar, puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al **1-800-282-1206** (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: **1-800-750-0750**).

Sección E2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para recibir un servicio, un artículo o un medicamento de Medicaid (consulte la Sección F para obtener información sobre los medicamentos de la Parte D de Medicare)

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o bien, pídale a su representante autorizado o su médico que nos solicite una decisión.

- Puede llamarnos al: **1-877-542-9236** TTY: **711** (de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes [correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana]). Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
- Puede enviarnos un fax al: Fax para proceso estándar: **801-994-1394**, fax para proceso rápido: **1-866-373-1081**
- Puede escribirnos a: UnitedHealthcare Community Plan Attn: Complaint and Appeals Department, PO Box 6103, MS CA120-0368, Cypress, CA 90630.

Recuerde que debe llenar el formulario de Nombramiento de un Representante para nombrar a alguien como su representante autorizado. También aceptaremos una carta u otro formulario apropiado para autorizar a su representante. Para obtener más información, consulte la **Sección B1**.

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare o de Medicaid en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Tomaremos una decisión de cobertura estándar sobre todos los demás servicios y artículos en un plazo no mayor de 10 días calendario después de que lo solicite. Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 10 días calendario (o 72 horas si se trata de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare), usted puede apelar.

Usted o su proveedor pueden pedir más tiempo, o podemos necesitar más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para comunicarle una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta con más rapidez debido a su salud, solicítenos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión en un plazo no mayor de 24 horas si se trata de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare o de Medicaid, y en un plazo no mayor de 72 horas en el caso de todos los demás servicios y artículos.

El término legal para "decisión de cobertura rápida" es **"determinación rápida".**

Excepto que se trate de decisiones de cobertura rápidas sobre medicamentos de Medicaid, usted o su proveedor pueden pedir más tiempo, o podemos necesitar más tiempo para tomar una decisión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para comunicarle una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Cómo solicitar una decisión de cobertura rápida:

- Si solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
- Puede llamarnos al **1-877-542-9236** (TTY **711**) (de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes [correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana]) o enviarnos un fax al fax para proceso estándar: **844-226-0356**, fax para proceso rápido: **1-866-373-1081**. Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede pedirle a su médico o a su representante autorizado que nos llame.

Las siguientes son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir los dos requisitos siguientes:

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si solicita cobertura de artículos o servicios médicos que aún no recibió**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de artículos o servicios que usted ya recibió.)
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si los plazos estándar podrían afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional**. Los plazos estándar son de 72 horas para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare o de Medicaid, y 10 días calendario para todos los demás servicios y artículos.
   - Si su médico dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le concederemos una automáticamente.
   - Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, decidiremos si se la concederemos.
     - Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para recibir una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos los plazos estándar (72 horas para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare o de Medicaid) en su lugar para tomar nuestra decisión.
     - Esta carta le indicará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
       - La carta también le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección J**.

Si la decisión de cobertura es una Denegación, ¿cómo lo sabré?

Si **Denegamos** su solicitud, le enviaremos una carta para explicarle los motivos de nuestra respuesta.

- En ese caso, usted tiene derecho a pedirnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si usted decide presentar una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación (lea la siguiente sección para obtener más información).

Sección E3 Apelación de Nivel 1 relacionada con el cuidado médico (no medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una Apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión de cobertura si usted cree que cometimos un error. Si usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelarla. También puede apelar si no tomamos una decisión de cobertura en los plazos en que deberíamos haberlo hecho. Le enviaremos un aviso por escrito cada vez que tomemos una medida o que no tomemos una medida que usted puede apelar.

NOTA: Si desea que su médico u otro proveedor actúe en nombre de usted en una apelación de servicios cubiertos por Medicaid solamente, debe nombrarlo como su representante por escrito. Lea "¿Alguien más puede presentar la apelación por mí?" para obtener más información.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al **1-800-282-1206** (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: **1-800-750-0750**). El Ombudsman de MyCare Ohio no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos la decisión de cobertura para saber si es correcta. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original. Cuando terminemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión por escrito.

¿Cómo presento una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), o escribirnos a la siguiente dirección:

  UnitedHealthcare Community Plan
  Attn: Complaint and Appeals Department
  PO Box 6103
  MS CA 120-0360
  Cypress, CA 90630

  Fax para proceso rápido: **1-866-373-1081**
- Si decide escribirnos, puede redactar su propia carta o puede usar el formulario de apelación o queja. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, el número que se encuentra en la parte de adelante de su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio y su dirección y número de teléfono. También debe incluir cualquier información que explique su problema.
- Para obtener información detallada adicional sobre cómo comunicarse con nosotros en relación con las apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Puede solicitarnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración rápida”.**

¿Alguien más puede presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación por usted. Además, alguien más puede presentar la apelación por usted, pero primero usted debe llenar un formulario de Nombramiento de un Representante. El formulario autoriza a la otra persona a actuar por usted.

Si no recibimos este formulario y alguien actúa por usted, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, usted tiene derecho a que otra persona revise nuestra desestimación. Le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un Representante, llame a Servicio al Cliente y pida uno, o visite el sitio web de Medicare en **cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf** o nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**. También aceptaremos una carta u otro formulario apropiado para autorizar a su representante.

Si la apelación proviene de otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor que solicitó el servicio, debemos recibir su autorización por escrito antes de que podamos revisar la apelación. En el caso de servicios cubiertos por Medicaid solamente, si usted desea que su médico, otro proveedor u otra persona actúen en nombre de usted, debemos recibir su autorización por escrito.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Usted debe solicitar una apelación **en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si se le pasa este plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo para presentar una apelación. Cuando presente su apelación, usted debe explicar el motivo por el cual se demoró en presentarla.

NOTA: Si apela porque le dijimos que un servicio que está recibiendo actualmente cambiará o se interrumpirá, **usted tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación. Para obtener más información, lea "¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?".

¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Para pedirnos una copia, llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

¿Mi médico puede darles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión de apelación?

Revisamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico. Luego, verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos pedírsela a usted o a su médico.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

¿Cuándo me enteraré de la decisión de una apelación "estándar"?

Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 15 días calendario después de que recibamos su apelación (o en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Si su estado de salud lo requiere, le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo.

- Sin embargo, si usted o su proveedor piden más tiempo, o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomárnoslos. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección J**.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 15 días calendario (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare) o cuando terminen los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicare (consulte la **Sección E4**). Si esto ocurre, se lo notificaremos. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicaid, puede solicitar una Audiencia Estatal (consulte la **Sección E4**).

  También puede presentar una queja si no tomamos una decisión sobre una apelación en el plazo requerido (consulte la **Sección J**).

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden poner su solicitud por escrito y enviárnosla por correo postal o fax. También puede llamarnos para solicitar una apelación.

- Solicite la apelación **en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la decisión que desea apelar. Si se le pasa el plazo por un buen motivo, podrá apelar de todas maneras.
- Si apela porque le dijimos que un servicio que está recibiendo actualmente cambiará o se interrumpirá, **usted tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación.

Siga leyendo esta sección para saber qué plazo corresponde a su apelación.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si Aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos aprobar el servicio en un plazo no mayor de 15 días calendario después de que recibamos su apelación (o en un plazo no mayor de 7 días después de que recibamos su apelación por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

Si Denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicare, la carta le indicará que su caso fue enviado a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2 (consulte la **Sección E4**). Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicaid, la carta le dirá que usted también puede solicitar una Audiencia Estatal (consulte la **Sección E4**).

¿Cuándo me enteraré de la decisión de una apelación "rápida"?

Si solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que obtengamos toda la información necesaria para tomar una decisión sobre su apelación. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.

- Sin embargo, si usted o su proveedor piden más tiempo, o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomárnoslos. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección J**.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas o cuando terminen los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicare (consulte la **Sección E4**). Si esto ocurre, se lo notificaremos. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicaid, puede solicitar una Audiencia Estatal (consulte la **Sección E4**).

  También puede presentar una queja si no tomamos una decisión sobre una apelación en el plazo requerido (consulte la **Sección J**).

Si Aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos autorizar la cobertura en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si Denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicare, la carta le indicará que su caso fue enviado a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2 (consulte la **Sección E4**). Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o un artículo de Medicaid, la carta le dirá que usted también puede solicitar una Audiencia Estatal (consulte la **Sección E4**).

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?

Sí, si usted cumple ciertos requisitos. Si anteriormente aprobamos la cobertura de un servicio, pero luego decidimos cambiar o interrumpir el servicio antes de que venciera el período de la autorización, le enviaremos un aviso al menos 15 días antes de tomar la medida. Usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor tienen **tiempo hasta la última de las siguientes fechas para solicitar una apelación** y que el servicio continúe durante la apelación:

- En un plazo no mayor de 15 días calendario a partir de la fecha en que se envió el aviso de la resolución por correo; **o**
- La fecha de vigencia prevista de la resolución.

Si sus beneficios continúan, puede seguir recibiendo el servicio hasta que ocurra algo de lo siguiente: 1) usted retira la apelación; o 2) pasan 15 días calendario desde que le notificamos que **Denegamos** su apelación.

Nota: A veces, sus beneficios pueden continuar, aunque **Deneguemos** su apelación. Si el servicio está cubierto por Medicaid y usted solicita una Audiencia Estatal, tal vez pueda continuar con sus beneficios hasta que la Oficina de Audiencias Estatales tome una decisión. Si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, sus beneficios continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2. Para obtener más información, consulte la **Sección E4**.

Sección E4 Apelación de Nivel 2 relacionada con el cuidado médico (no medicamentos de la Parte D)

Si el plan Deniega su Apelación de Nivel 1, ¿qué ocurre después?

Si **Denegamos** de manera total o parcial su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indicará si el servicio o el artículo está cubierto principalmente por Medicare o por Medicaid.

- Si su problema es sobre un servicio o un artículo de **Medicaid**, la carta le dirá que usted puede solicitar una Audiencia Estatal. Para obtener información sobre las Audiencias Estatales, consulte esta sección.
- Si su problema es sobre un servicio o un artículo de **Medicare**, usted obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) en cuanto se termine la Apelación de Nivel 1.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si su problema es sobre un servicio o un artículo que podría estar cubierto principalmente **tanto por Medicare como por Medicaid**, usted obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente. La carta le dirá que usted también puede solicitar una Audiencia Estatal. Para obtener información sobre las Audiencias Estatales, consulte a continuación en esta sección.

¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación con respecto a un servicio o un artículo. Una organización independiente que no tiene relación con el plan revisa la Apelación de Nivel 2.

Mi problema es sobre un servicio o un artículo de Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 2?

Si **Denegamos** su Apelación en el Nivel 1 y el servicio o el artículo generalmente está cubierto por Medicaid, usted puede solicitar una Audiencia Estatal.

¿Qué es una Audiencia Estatal?

Una Audiencia Estatal es una reunión con usted o su representante autorizado, nuestro plan y un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). Usted explicará por qué cree que nuestro plan no tomó la decisión correcta y nosotros explicaremos por qué tomamos nuestra decisión. El funcionario de audiencias escuchará y luego decidirá quién tiene razón según la información presentada y las reglas.

Le enviaremos un aviso por escrito de su derecho a solicitar una Audiencia Estatal. Si usted está inscrito en el Programa de Exención MyCare Ohio, es posible que tenga otros derechos de Audiencia Estatal. Consulte la **Guía para Miembros** del Programa de Exención de Servicios a Domicilio y en la Comunidad para obtener más información sobre sus derechos.

¿Cómo solicito una Audiencia Estatal?

Para solicitar una Audiencia Estatal, usted o su representante autorizado deben comunicarse con la Oficina de Audiencias Estatales **en un plazo no mayor de 90 días calendario** desde la fecha en que le enviamos el aviso de sus derechos de Audiencia Estatal. Los 90 días calendario comienzan el día posterior a la fecha en que se envió el aviso por correo. Si se le pasa el plazo de 90 días calendario por un buen motivo, es posible que la Oficina de Audiencias Estatales le dé más tiempo para solicitar una audiencia. Recuerde que tiene que solicitar una Apelación de Nivel 1 antes de poder solicitar una Audiencia Estatal.

NOTA: Si desea que otra persona, como su médico u otro proveedor, actúe en nombre de usted, debe entregar a la Oficina de Audiencias Estatales un aviso por escrito para informar que desea que esa persona sea su representante autorizado.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Puede firmar el formulario de Audiencia Estatal y enviarlo a la dirección o al número de fax que se encuentran en el formulario, o enviar su solicitud por correo electrónico a **bsh@jfs.ohio.gov**. También puede llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al **1-866-635-3748**.

¿Cuánto tiempo lleva obtener la decisión de una Audiencia Estatal?

Las decisiones de las Audiencias Estatales generalmente se comunican en un plazo no mayor de 70 días calendario después de que la Oficina de Audiencias Estatales reciba su solicitud. Sin embargo, si la Oficina de Audiencias Estatales coincide en que este plazo podría afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional, la decisión se comunicará con la rapidez necesaria, pero en un plazo no mayor de 3 días hábiles después de que dicha oficina reciba su solicitud.

Mi problema es sobre un servicio o un artículo que está cubierto por Medicare. ¿Qué ocurrirá en la Apelación de Nivel 2?

Si denegamos su Apelación en el Nivel 1 y el servicio o el artículo generalmente está cubierto por Medicare, usted obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Una Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará minuciosamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si se la debe cambiar.

- No es necesario que solicite la Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente las denegaciones (totales o parciales) a la Entidad de Revisión Independiente. Si esto ocurre, se lo notificaremos.
- La Entidad de Revisión Independiente es contratada por Medicare y no tiene relación con este plan.
- Para pedirnos una copia de su expediente, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de la Entidad de Revisión Independiente?

- La Entidad de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que reciba su apelación (o en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que reciba su apelación por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si usted envió su apelación antes de obtener los artículos o servicios médicos.
  - Sin embargo, si la Entidad de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la Entidad de Revisión Independiente necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará a través de una carta. La Entidad de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si su apelación fue "rápida" en el Nivel 1, automáticamente será una apelación rápida en el Nivel 2. La Entidad de Revisión Independiente debe darle una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que reciba su apelación.
  - Sin embargo, si la Entidad de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la Entidad de Revisión Independiente necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo informará a través de una carta. La Entidad de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

¿Qué ocurre si mi servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid?

Si su problema es sobre un servicio o un artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, enviaremos automáticamente su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente. Usted también puede solicitar una Audiencia Estatal. Para solicitar una Audiencia Estatal, siga las instrucciones de esta sección.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio que fue aprobado previamente, en algunos casos, *usted puede* pedir que continúen sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 2.

- Si su problema es sobre un servicio cubierto principalmente **solo por Medicaid**, puede pedir que continúen sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 2. Usted o su representante autorizado deben **solicitar una Audiencia Estatal antes de la última de las siguientes fechas** para que el servicio continúe durante la Audiencia Estatal:
  - En un plazo no mayor de 15 días calendario a partir de la fecha en que se envió por correo nuestra carta para decirle que denegábamos su apelación de Nivel 1; **o**
  - La fecha de vigencia prevista de la resolución.
- Si su problema es sobre un servicio cubierto principalmente **solo por Medicare**, sus beneficios por ese servicio **no** continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Si su problema es sobre un servicio cubierto principalmente **tanto por Medicare como por Medicaid**, sus beneficios por ese servicio continuarán automáticamente durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente. Si también solicita una Audiencia Estatal en los plazos indicados anteriormente, puede continuar con sus beneficios mientras la audiencia esté pendiente.

Si sus beneficios continúan, puede seguir recibiendo el servicio hasta que ocurra algo de lo siguiente: (1) usted retira la apelación; (2) todas las entidades que recibieron su Apelación de Nivel 2 (la Entidad de Revisión Independiente o la Oficina de Audiencias Estatales) deciden **Denegar** su solicitud.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 fue una Audiencia Estatal, la Oficina de Audiencias Estatales le enviará una decisión por escrito de la audiencia por correo.

- Si la decisión de la audiencia es **Aceptar** (corroborar) de manera total o parcial lo que usted solicitó, la decisión explicará claramente lo que nuestro plan debe hacer para tratar el asunto. Si usted no entiende la decisión o tiene una pregunta sobre cómo recibir el servicio o cómo se realizará el pago, comuníquese con Servicio al Cliente para obtener ayuda.
- Si la decisión de la audiencia es **Denegar** (rechazar) de manera total o parcial lo que usted solicitó, significa que la Oficina de Audiencias Estatales está de acuerdo con la decisión de Nivel 1. La decisión de la Audiencia Estatal explicará los motivos de la denegación de la Oficina de Audiencias Estatales y le informará que usted tiene derecho a solicitar una Apelación Administrativa.

Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), esta le enviará una carta para explicarle su decisión.

- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico en un plazo no mayor de 72 horas o darle el servicio o artículo en un plazo no mayor de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Entidad de Revisión Independiente. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico o darle el servicio o artículo en un plazo no mayor de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Entidad de Revisión Independiente.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó en su apelación estándar por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la decisión de la Entidad de Revisión Independiente. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Entidad de Revisión Independiente.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Deniega** de manera total o parcial lo que usted solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de Nivel 1. A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su apelación”.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Apelé tanto ante la Entidad de Revisión Independiente como ante la Oficina de Audiencias Estatales por servicios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid. ¿Qué sucede si toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de Revisión Independiente o la Oficina de Audiencias Estatales decide **Aceptar** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le daremos el servicio o artículo aprobado que sea más parecido a lo que usted solicitó en su apelación.

Si la decisión Deniega de manera total o parcial lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su Apelación de Nivel 2 fue una Audiencia Estatal, puede volver a apelar si solicita una Apelación Administrativa. La Oficina de Audiencias Estatales debe recibir su solicitud de Apelación Administrativa en un plazo no mayor de 15 días calendario desde la fecha en que se emitió la decisión de la audiencia.

Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), usted puede apelar de nuevo solamente si el valor monetario del servicio o del artículo que usted desea alcanza un cierto nivel mínimo. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le explicará los derechos de apelación adicionales que usted pueda tener.

Para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación, consulte la **Sección I**.

Sección E5 Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios ni artículos cubiertos, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. La única cantidad que deberían pedirle que pague es el copago por los medicamentos con receta de la Parte D (consulte el Capítulo 6).

Si recibe una factura por una cantidad mayor que su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No debe pagar la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Es posible que le paguemos al proveedor para que este pueda reembolsarle su pago o que el proveedor acepte dejar de facturarle el servicio.

Para obtener más información, comience por leer el Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted podría necesitar pedirnos que le ayudemos con el pago que realizó a un proveedor o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para pedirnos el pago. El Capítulo 7 además proporciona información para ayudarle a evitar problemas de pago en el futuro.

¿Puedo pedirles que me reembolsen el costo de un servicio o artículo que pagué?

Recuerde que, si recibe una factura por una cantidad mayor que su copago por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagar la factura. Pero, si lo hace, puede recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios y los artículos.

Si pide un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Determinaremos si el servicio o el artículo que usted pagó es un servicio o un artículo cubiertos, y verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o el artículo que usted pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, colaboraremos con el proveedor para reembolsarle su pago, excepto cualquier copago por medicamentos que usted adeude.
- Si usted aún no pagó el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de que enviemos el pago significa que su solicitud de decisión de cobertura ha sido **Aceptada**.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para avisarle que no pagaremos el servicio o artículo, y para explicarle por qué.

¿Qué se puede hacer si decidimos no pagar?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección E3**. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su apelación.
- Si pide que se le reembolse el costo de un servicio o un artículo que usted ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **Denegamos** su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Si esto ocurre, se lo notificaremos por carta.

- Si la Entidad de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y dice que deberíamos realizar el pago, debemos enviarle el pago al proveedor en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si **Aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago al proveedor en un plazo no mayor de 60 días calendario.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su apelación”.) La carta que usted reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que usted pueda tener. Puede volver a apelar solamente si el valor monetario del servicio o del artículo que desea alcanza un cierto nivel mínimo. Para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación, consulte la **Sección I**.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si **Denegamos** su apelación y el servicio o el artículo generalmente está cubierto por Medicaid, usted puede solicitar una Audiencia Estatal (consulte la **Sección E4**).

Sección F Medicamentos de la Parte D

Sección F1 Qué puede hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que se le reembolse su pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son "medicamentos de la Parte D". Hay unos pocos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Medicaid podría cubrir. **Esta sección se aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

- La **Lista de Medicamentos** incluye algunos medicamentos que tienen un *. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos que tienen un * siguen el proceso que se describe en la **Sección E**.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. A continuación, encontrará ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar relacionadas con sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, por ejemplo:
  - Nos pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la **Lista de Medicamentos** del plan
  - Nos pide que no se aplique una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, si su medicamento está en la **Lista de Medicamentos** del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrírselo).
  - **NOTA**: Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta, recibirá un aviso que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos un medicamento con receta que usted ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago. Recuerde que usted no debería tener que pagar ningún servicio médicamente necesario cubierto por Medicare y por Medicaid. Si le piden que pague el costo total de un medicamento, llame a Servicio al Cliente para pedir ayuda.

? Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud, llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es **"determinación de cobertura"**.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

Consulte la tabla a continuación para decidir en qué sección encontrar la información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra **Lista de Medicamentos** y cree que usted cumple todas las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una preaprobación) para el medicamento que necesita?	¿Desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?	¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la manera que usted desea?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.) Comience por la **Sección F2**. Consulte también las **Secciones F3** y **F4.**	**Puede solicitarnos una decisión de cobertura.** Pase a la **Sección F4**.	**Puede pedirnos que le hagamos un reembolso.** (Esto es un tipo de decisión de cobertura.) Pase a la **Sección F4**.	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.) Pase a la **Sección F5**.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F2 Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o no está cubierto como usted quisiera, puede solicitarnos que hagamos una "excepción".

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Los siguientes son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra **Lista de Medicamentos**.
   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la **Lista de Medicamentos**, usted tendrá que pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al copago que usted debe pagar por el medicamento.
2. Eliminar una restricción a nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra **Lista de Medicamentos** (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
   - Las reglas y restricciones adicionales para la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
   – Que se le exija el uso de la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
   – Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (A veces, a esto se le llama "preautorización" [PA].)
   – Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted pide. (A veces, a esto se le llama "terapia escalonada".)
   – Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener.
   - Aunque aceptemos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, usted puede solicitar una excepción al copago que le exigimos que pague por el medicamento.

El término legal que a veces se usa para pedir que se elimine una restricción a la cobertura de un medicamento es solicitar una **"excepción al formulario".**

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico u otro profesional que receta deben informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de parte de su médico o de otro profesional que receta cuando usted solicite la excepción.

Por lo general, nuestra **Lista de Medicamentos** incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Se les llama medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo podría surtir exactamente el mismo efecto que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Aceptaremos o Denegaremos su solicitud de excepción

- Si **Aceptamos** su solicitud de excepción, generalmente la excepción dura hasta el final del año calendario, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si **Denegamos** su solicitud de excepción, usted puede presentar una apelación para solicitar la revisión de nuestra decisión. La **Sección F5** indica cómo presentar una apelación si **Denegamos** su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección F4 Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso del costo de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué puede hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Puede llamarnos al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) u otra persona que actúe en nombre de usted pueden solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en nombre de usted.
- Lea la **Sección B** para saber cómo autorizar a alguien para que actúe como su representante.
- No es necesario que usted le dé a su médico o a otro profesional que receta un permiso por

escrito para solicitarnos una decisión de cobertura en nombre de usted.

Resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un pago o un medicamento de la Parte D

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud, o pídale a su representante, su médico u otro profesional que receta que lo hagan. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en un plazo no mayor de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso del costo de un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en un plazo no mayor de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico o de otro profesional que receta.
- Usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman en un plazo no mayor de 24 horas.)
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

- Si usted pagó un medicamento que cree que debería estar cubierto, lea el Capítulo 7 de esta guía. El Capítulo 7 explica cómo llamar a Servicio al Cliente o enviarnos los documentos para pedirnos que cubramos el medicamento.
- Si solicita una excepción, presente la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional que receta deben darnos las razones médicas para la excepción relacionada con un medicamento. A este documento se le llama “declaración de respaldo”.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo postal. Otra opción es que su médico u otro profesional que receta se comuniquen con nosotros por teléfono y luego nos envíen una declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

Usaremos los “plazos estándar”, a menos que hayamos aceptado usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es **“determinación de cobertura rápida”.**

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si solicita un medicamento que aún no recibió**. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.)

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si los plazos estándar podrían afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional**.

Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos concederle una decisión de cobertura rápida, y la carta se lo informará.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico ni de otro profesional que receta), decidiremos si le concederemos o no una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su enfermedad no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos los plazos estándar en su lugar.
- Le enviaremos una carta para comunicárselo. La carta le explicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de concederle una decisión estándar.
- Puede presentar una "queja rápida" y recibir una respuesta a la queja en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección J**.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Esto significa en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud. O, si solicita una excepción, esto significa en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico o del profesional que receta en respaldo de su solicitud. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos proporcionarle la cobertura en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico o del profesional que receta en respaldo de su solicitud.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" relacionada con un medicamento que usted aún no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud. O, si solicita una excepción, esto significa en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o del profesional que receta. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos aprobar o proporcionarle la cobertura en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud o, si solicita una excepción, después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o del profesional que receta.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le realizaremos el pago a la farmacia en un plazo no mayor de 14 días calendario. La farmacia le reembolsará su dinero, menos cualquier copago que usted adeude.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta. Esta carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Sección F5 Apelación de Nivel 1 relacionada con medicamentos de la Parte D

- Para iniciar su apelación, usted, su médico, otro profesional que receta o su representante deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.

- Si solicita una apelación estándar, puede hacerlo mediante el envío de una solicitud por escrito. Para solicitar una apelación, también puede llamarnos al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
- Si desea presentar una apelación rápida, puede escribirnos o llamarnos para presentar su apelación.
- Presente su solicitud de apelación **en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso que le enviamos para informarle nuestra decisión. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, buenos motivos para que se le pase el plazo serían si usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico, el profesional que receta o su representante pueden poner su solicitud por escrito y enviárnosla por correo postal o fax. También puede llamarnos para solicitar una apelación.

- Solicite la apelación **en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la decisión que desea apelar. Si se le pasa el plazo por un buen motivo, podrá apelar de todas maneras.
- Usted, su médico, el profesional que receta o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

- Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es "**redeterminación**" del plan.

  – Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si apela una decisión que tomó nuestro plan sobre un medicamento que usted aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una "apelación rápida".

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida", según se describen en la **Sección F4**.

El término legal para "apelación rápida" es **"redeterminación rápida".**

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Examinaremos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos proporcionar la cobertura en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró. Si pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su apelación. Si usted piensa que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".
- Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos proporcionarle la cobertura con la rapidez que requiera su salud, pero en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su apelación o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

– Si aprobamos una solicitud para cubrir un medicamento que usted ya pagó, pagaremos a la farmacia en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud de apelación. La farmacia le reembolsará su dinero, menos cualquier copago que usted adeude.

- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta y le indicará cómo apelar nuestra decisión.

Sección F6 Apelación de Nivel 2 relacionada con medicamentos de la Parte D

Si **Denegamos** de manera total o parcial su apelación, usted puede decidir si acepta esta decisión o presenta otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si usted desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos sobre nuestra decisión de la Apelación de Nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Si usted presenta una apelación ante la Entidad de Revisión Independiente, nosotros le enviaremos automáticamente el expediente de su caso a esta organización. Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso. Para hacerlo, llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
- Usted tiene derecho a dar otra información a la Entidad de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- La Entidad de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con este plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la Entidad de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta para explicarle su decisión.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si usted desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicite la apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la decisión que desea apelar. Si se le pasa el plazo por un buen motivo, podrá apelar de todas maneras.
- Usted, su médico, otro profesional que receta o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una apelación ante la Entidad de Revisión Independiente sobre un medicamento de la Parte D es **"reconsideración".**

Plazos para una "apelación rápida" de Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" a la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Si la Entidad de Revisión Independiente acepta concederle una "apelación rápida", debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 72 horas después de que reciba su solicitud de apelación.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la decisión.

Plazos para una "apelación estándar" de Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que reciba su apelación o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.
  - Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la decisión.
  - Si la Entidad de Revisión Independiente aprueba una solicitud para cubrir un medicamento que usted ya pagó, pagaremos a la farmacia en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión. La farmacia le reembolsará su dinero, menos cualquier copago que usted adeude.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente Deniega su Apelación de Nivel 2?

Denegación significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama "ratificar la decisión". También se le llama "denegar su apelación".

Si usted desea pasar al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor monetario mínimo. Si el valor monetario es inferior al mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, usted puede solicitar una apelación de Nivel 3. La carta que reciba de la Entidad de Revisión Independiente con la decisión de su apelación de Nivel 2 le informará cuál es el valor monetario necesario para continuar con el proceso de apelación.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección G Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararle para el día en que deje el hospital. También le ayudarán con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al salir del hospital.

- El día que deja el hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha de alta.

Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Sección G1 Cómo se enterará de sus derechos de Medicare

En un plazo no mayor de dos días después de ser admitido en el hospital, un asistente social o una enfermera le entregarán un aviso llamado Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos. Si no recibe este aviso, pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no comprende. El Mensaje Importante le informa sus derechos como paciente del hospital, que incluyen sus derechos a:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Participar en cualquiera de las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
- Saber dónde informar todo problema o inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puedan haberle dado su médico o el personal del hospital.

Guarde su copia del aviso firmado para poder tener esa información si la necesita.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si desea ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

  También puede consultar el aviso en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.
- Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente o a Medicare a los números indicados anteriormente.

Sección G2 Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea que cubramos durante más tiempo sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, debe solicitar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad hará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Si usted desea presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta al: **1-888-524-9900**

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital y, a más tardar, en su fecha de alta programada. Un Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- Si usted llama antes de dejar el hospital, se le permite quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada sin pagar la estadía mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la decisión sobre su apelación.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al **1-888-524-9900** y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de su fecha de alta programada.

- Si no llama para apelar y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que tenga que pagar todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.

Queremos asegurarnos de que usted entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). También puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al **1-800-282-1206** (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: **1-800-750-0750**).

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. El gobierno federal les paga para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla.

Solicite una "revisión rápida"

Debe solicitar una **"revisión rápida"** de su alta a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Solicitar una "revisión rápida" significa que usted pide a la organización que use los plazos rápidos para una apelación en lugar de usar los plazos estándar.

El término legal para "revisión rápida" es **"revisión inmediata"**.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta programada. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores examinarán su registro médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá una carta que le indicará cuál es su fecha de alta programada y le explicará las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es apropiado que a usted le den de alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito es **"Aviso Detallado del Alta".** Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, usted puede consultar un aviso de muestra en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html**

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

¿Qué sucede si la apelación es Aceptada?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la apelación es Denegada?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación, significa que considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. En este caso, nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación y usted decide quedarse en el hospital, es posible que tenga que pagar por continuar con su estadía en el hospital. El costo del cuidado hospitalario que tenga que pagar comienza al mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2.

Sección G3 Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: **1-888-524-9900**.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al **1-888-524-9900** y solicite otra revisión.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

¿Qué sucede si la apelación es Aceptada?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que usted recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura de su cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la apelación es Denegada?

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su Apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Sección H Qué puede hacer si piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) de Medicare terminarán demasiado pronto

Esta sección trata sobre los siguientes tipos de cuidado solamente cuando están cubiertos por Medicare:

- Servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio.
- Cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Cuidado de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que usted los necesita.
  - Si decidimos interrumpir la cobertura de cualquiera de estos servicios, debemos informárselo antes de que terminen sus servicios. Cuando su cobertura de este cuidado termine, dejaremos de pagar su cuidado.

Si usted piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección H1 Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama “Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”. El aviso por escrito le indica la fecha en que interrumpiremos la cobertura de su cuidado y cómo apelar esa decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. El hecho de firmarlo **no** significa que usted está de acuerdo con el plan en que es momento de interrumpir el cuidado.

Cuando su cobertura termine, dejaremos de pagar el costo de su cuidado.

Sección H2 Apelación de Nivel 1 para continuar con su cuidado

Si piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar su apelación, infórmese sobre lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe respetar. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. La **Sección J** indica cómo presentar una queja.)
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). O llame al Ombudsman de MyCare Ohio al **1-800-282-1206** (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: **1-800-750-0750**).

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si cambiará la decisión que tomamos. En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: **1-888-524-9900**. También encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare, que es el aviso que recibió cuando le dijeron que dejaríamos de cubrir su cuidado.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. El gobierno federal les paga para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan que continúe con su cuidado

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 y solicite una "apelación de tramitación rápida".

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le está proporcionando su cuidado y antes de su fecha de alta programada.

¿Qué debe solicitar?

Solicíteles una "apelación de tramitación rápida". Es una revisión independiente para saber si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es su plazo para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día siguiente a que usted recibió el aviso por escrito que indica la fecha en que interrumpiremos la cobertura de su cuidado.

El término legal para el aviso por escrito es **"Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O consulte una copia en Internet en **cms.gov/medicare/medicare-general-information/bni**

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Cuando solicite una apelación, el plan deberá escribirles una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para explicar por qué deberían terminar sus servicios.
- Los revisores también examinarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que les proporcionó nuestro plan.
- **En un plazo no mayor de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Usted recibirá una carta que le explicará la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué sus servicios deberían terminar es **"Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura".**

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **Aceptan** su apelación, debemos seguir prestándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si los revisores Deniegan su Apelación?

- Si los revisores **Deniegan** su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le indicamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de asistencia médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que termine su cobertura, tendrá que pagar el costo total de este cuidado.

Sección H3 Apelación de Nivel 2 para continuar con su cuidado

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** la apelación **y** usted decide seguir recibiendo el cuidado después de que haya terminado su cobertura para el cuidado, puede presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinará otra vez la decisión que tomó en el Nivel 1. Si está de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: **1-888-524-9900**. Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su Apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. Debemos seguir proporcionando cobertura del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan cubra su cuidado durante más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le está proporcionando su cuidado y antes de su fecha de alta programada.

¿Qué sucede si la organización de revisión Deniega su Apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en la Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- La carta que usted reciba le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información detallada sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

Sección I Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

Sección I1 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y se denegaron ambas apelaciones, usted podría tener derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. Si usted desea que un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador revise su caso, el artículo o servicio médico que usted está solicitando debe alcanzar un cierto valor monetario mínimo. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, puede pedir a un Juez de Derecho Administrativo o a un abogado adjudicador que revise su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador, puede comunicarse el Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, podría tener derecho a solicitar a un tribunal federal que examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el Ombudsman de MyCare Ohio. El número de teléfono es el **1-800-282-1206** (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: **1-800-750-0750**).

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección I2 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicaid

Si usted tuvo una Audiencia Estatal por servicios cubiertos por Medicaid y la decisión de su Audiencia Estatal fue denegada (no fue a su favor), también tiene derecho a apelaciones adicionales. El aviso de la decisión de la Audiencia Estatal le explicará cómo solicitar una Apelación Administrativa mediante la presentación de su solicitud ante la Oficina de Audiencias Estatales. La Oficina de Audiencias Estatales debe recibir su solicitud en un plazo no mayor de 15 días calendario desde la fecha en que se emitió la decisión de la audiencia. Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación Administrativa, tiene derecho a apelar ante el tribunal de primera instancia del condado donde vive.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con Audiencias Estatales o Apelaciones Administrativas, puede comunicarse con la Oficina de Audiencias Estatales al **1-866-635-3748**.

Sección J Cómo presentar una queja

Sección J1 Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas

El proceso de queja se usa para ciertos tipos de problemas solamente, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, la recepción de una factura y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de queja.

Quejas sobre la calidad

- Usted no está conforme con la calidad del cuidado, por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de cuidado de la salud o su personal fue descortés o irrespetuoso con usted.
- El personal de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio le trató mal.
- Usted piensa que le están forzando a dejar el plan.

Quejas sobre accesibilidad

- Usted no puede acceder físicamente a los servicios para el cuidado de la salud y a las instalaciones del consultorio de un médico o un proveedor.
- Su proveedor no le presta un servicio razonable que usted necesita, como un intérprete de

lenguaje de señas americano.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Usted tiene problemas para hacer una cita o está esperando demasiado para obtenerla.
- Los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de salud, o los representantes de Servicio al Cliente u otro personal del plan le han hecho esperar demasiado para atenderle.

Quejas sobre la limpieza

- Usted piensa que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso en otros idiomas

- Su médico o proveedor no le ofrece un intérprete durante su cita.

Quejas sobre la recepción de una factura

- Su médico o su proveedor le enviaron una factura.

Quejas sobre comunicaciones de nuestra parte

- Usted cree que no le hemos enviado un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Piensa que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras medidas relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no estamos cumpliendo nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o para responder su apelación.
- Usted cree que, después de recibir una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no estamos cumpliendo los plazos para aprobar o prestarle el servicio, o para pagarle al proveedor ciertos servicios médicos para que pueda reembolsarle su dinero.
- Usted cree que no enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente a tiempo.

Resumen: Cómo presentar una queja

Usted puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no tiene relación con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que se ocupan de las quejas externas. Para obtener más información, consulte la **Sección J3**.

Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al **1-800-282-1206** (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: **1-800-750-0750**).

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

El término legal para "queja" es **"queja formal".**

El término legal para "presentar una queja" es **"presentar una queja formal".**

¿Hay diferentes tipos de quejas?

Sí. Usted puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y esta la revisa. **Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Ombudsman de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: 1-800-750-0750).**

Sección J2 Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). Las quejas relacionadas con la Parte D se deben presentar **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después de que usted tuvo el problema por el que desea quejarse. Todas las demás quejas se pueden presentar en cualquier momento después de que usted tuvo el problema por el que desea quejarse.

- Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- Usted también puede escribir su queja y enviárnosla. Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito. También puede usar el formulario para presentar la queja.
- Si su queja se debe a que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su solicitud de determinación de cobertura o apelación, o porque decidimos que usted no necesitaba una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, puede presentar una **queja rápida**. Le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas después de recibir su queja. Si no aceptamos de manera total o parcial su queja formal, nuestra decisión por escrito explicará por qué no la aceptamos y le informará las opciones que usted pueda tener. La dirección y los números de fax para presentar quejas se encuentran en el Capítulo 2 en la sección "Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico o sus medicamentos con receta de la Parte D".

El término legal para "queja rápida" es **"queja formal rápida".**

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Respondemos las quejas sobre el acceso al cuidado en un plazo no mayor de 2 días hábiles. Respondemos todas las demás quejas en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es por su bien, o si usted nos pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (un total de 44 días calendario) para responder a su queja. Le explicaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o de una "apelación rápida", automáticamente le concederemos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le concederemos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo de manera total o parcial con su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos, independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección J3 Quejas externas

Puede informar a Medicare sobre su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare está disponible en: **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan no está tratando su problema, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

Puede presentar su queja ante Medicaid

Puede llamar a la Línea Directa de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680** o al TTY **711**. La llamada es gratuita. También puede enviar su queja por correo electrónico a **bmhc@medicaid.ohio.gov**.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si piensa que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidades o la asistencia en otros idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es el **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. Usted también puede visitar **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Además, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local:

Office of Civil Rights
United States Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, Illinois 60601

También podría tener derechos conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades. Puede comunicarse con Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), o con la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680** (TTY: **711**) para recibir ayuda.

Puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentar la queja ante nosotros).
- O puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta una queja ante esta organización, colaboraremos con la organización para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. Si desea más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Ohio, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es el **1-888-524-9900**.

Formulario de queja formal y apelación

Nombre del miembro: _____ N.º de ID: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Números de teléfono: _____

Si usted desea presentar una queja formal sobre un servicio que recibió o apelar una decisión que se tomó sobre su cobertura, llene este formulario. Describa su problema en detalle. Incluya los nombres, las fechas y los lugares de los servicios. Si es necesario, use el lado de atrás. Firme y feche este formulario. Luego envíelo a la dirección que se indica a continuación.

Le avisaremos que recibimos este formulario y lo que puede esperar después. También puede encontrar más información en su **Guía para Miembros.**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma: _____ Fecha:_____

Quejas Formales de la Parte C y D, y Apelaciones de la Parte C:
UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 6103, MS CA120-0360
Cypress, CA 90630-0023

Fax para proceso rápido: 1-866-373-1081
Fax para proceso estándar: 801-994-1082

Apelaciones de la Parte D:
UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Part D Standard Appeals
P.O. Box 6103, MS CA120-0368
Cypress, CA 90630-0023

Fax para presentar Apelaciones de la Parte D:
877-960-8235

United Healthcare Community Plan

MyCareOhio
Connecting Medicare + Medicaid

UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Ohio Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.

Usted puede obtener esta información sin costo en otros idiomas. Llame al **1-877-542-9236**, TTY **711**. La llamada es gratuita.

You can get this information for free in other languages. Call **1-877-542-9236**, TTY **711**. The call is free.

CSOH20MC4780032_000

Capítulo 10

Cómo cambiar o terminar su membresía en nuestro Plan MyCare Ohio

Introducción

Este capítulo explica las maneras en que usted puede cambiar o terminar su membresía en nuestro plan. Para cambiar su membresía en nuestro plan, puede elegir recibir sus servicios de Medicare por separado (permanecerá en nuestro plan para sus servicios de Medicaid). Puede terminar su membresía en nuestro plan al elegir un plan MyCare Ohio diferente. Si deja nuestro plan, seguirá estando inscrito en los programas Medicare y Ohio Medicaid siempre y cuando cumpla los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A **MyCare Ohio 231**

Sección B **Cómo cambiar o terminar su membresía en nuestro plan 232**

Sección C **Cómo inscribirse en un plan MyCare Ohio diferente..... 232**

Sección D **Cómo recibir los servicios de Medicare y de Medicaid 232**

Sección D1 Maneras de recibir sus servicios de Medicare 232

Sección D2 Cómo recibir sus servicios de Medicaid 234

Sección E **Siga recibiendo sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su membresía..... 235**

Sección F **Otras situaciones en las que termina su membresía..... 235**

Sección G **Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud 236**

Sección H **Su derecho a presentar una queja si solicitamos a Medicare y a Medicaid que terminen su membresía en nuestro plan..... 236**

Sección I **Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan..... 237**

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A MyCare Ohio

Usted puede terminar su membresía en UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio en cualquier momento del año si se inscribe en otro Plan Medicare Advantage o en otro Plan Medicare-Medicaid, o si se pasa a Medicare Original.

Si usted cambia su membresía en nuestro plan al elegir recibir los servicios de Medicare por separado:

- Seguirá recibiendo los servicios de Medicare a través de nuestro plan hasta el último día del mes en que hizo la solicitud.
- Su nueva cobertura de Medicare comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted presenta la solicitud para no recibir Medicare a través de nuestro plan el 18 de enero, su nueva cobertura de Medicare comenzará el 1 de febrero.

Si usted termina su membresía en nuestro plan al elegir un plan MyCare Ohio diferente:

- Si pide cambiarse a un plan MyCare Ohio diferente antes de los últimos cinco días del mes, su membresía terminará el último día de ese mismo mes. Su nueva cobertura en el plan MyCare Ohio diferente comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si usted presenta la solicitud el 18 de enero, su cobertura del nuevo plan comenzará el 1 de febrero.
- Si pide cambiarse a un plan MyCare Ohio diferente en uno de los últimos cinco días del mes, su membresía terminará el último día del mes siguiente. Su nueva cobertura en el plan MyCare Ohio diferente comenzará el primer día del mes posterior a ese. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 30 de enero, su cobertura del nuevo plan comenzará el 1 de marzo.

Para obtener más información sobre cuándo puede cambiar o terminar su membresía, puede llamar:

- A la Línea Directa para el consumidor de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al **7-1-1**.
- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

NOTA: Si usted está inscrito en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

Sección B Cómo cambiar o terminar su membresía en nuestro plan

Si decide cambiar o terminar su membresía:

- Llame a la Línea Directa para el Consumidor de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al **7-1-1**; **o**
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llama al **1-800-MEDICARE**, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si deja nuestro plan, consulte la tabla de la **Sección D1**.

Consulte la Sección A anterior para obtener información sobre cuándo entrará en vigencia su solicitud para cambiar o terminar su membresía.

Sección C Cómo inscribirse en un plan MyCare Ohio diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y de Medicaid juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en un plan MyCare Ohio diferente.

Para inscribirse en un plan MyCare Ohio diferente:

- Llame a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al **7-1-1**.

Su cobertura de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

Sección D Cómo recibir los servicios de Medicare y de Medicaid

Si usted no desea inscribirse en un plan MyCare Ohio diferente, volverá a recibir sus servicios de Medicare y de Medicaid por separado. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio le seguirá prestando sus servicios de Medicaid.

Sección D1 Maneras de recibir sus servicios de Medicare

Usted tendrá la opción de elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de nuestro plan.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

1. Puede cambiarse a: **Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage, que incluiría cobertura de medicamentos con receta de Medicare**	**Debe hacer lo siguiente:** • Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si necesita ayuda o más información: • Llame a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al **7-1-1**. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, usted automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.
2. Puede cambiarse a: **Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare**	**Debe hacer lo siguiente:** • Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. En ese momento, puede elegir un plan de la Parte D. Si necesita ayuda o más información: • Llame a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al **7-1-1**. Cuando comience la cobertura de su plan de medicamentos con receta y de Medicare Original, usted automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.

3. Puede cambiarse a: **Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare** **NOTA:** Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse. Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita o no cobertura de medicamentos, llame a su Programa de Información sobre el Seguro de Salud para Adultos de Edad Avanzada de Ohio (OSHIIP) al **1-800-686-1578**.	**Debe hacer lo siguiente:** • Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si necesita ayuda o más información: • Llame a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al **7-1-1**. Cuando comience su cobertura de Medicare Original, usted automáticamente dejará de recibir los servicios de Medicare a través de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.

Sección D2 Cómo recibir sus servicios de Medicaid

Usted debe recibir sus beneficios de Medicaid a través de un plan MyCare Ohio. Por lo tanto, aunque no desee recibir sus beneficios de Medicare a través de un plan MyCare Ohio, debe seguir recibiendo sus beneficios de Medicaid mediante UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio u otro plan de cuidado administrado MyCare Ohio.

Si no se inscribe en un plan MyCare Ohio diferente, seguirá en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los apoyos y servicios a largo plazo, y cuidado de la salud del comportamiento.

Una vez que usted deje de recibir los servicios de Medicare a través de nuestro plan, recibirá una nueva tarjeta de ID de miembro y una nueva **Guía para Miembros** para sus servicios de Medicaid.

Si desea cambiarse a un plan MyCare Ohio diferente para recibir sus beneficios de Medicaid, llame a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al **711**.

Sección E Siga recibiendo sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su membresía

Si cambia o termina su inscripción en UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio, su nueva cobertura tardará un tiempo en comenzar. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo sus servicios de Medicare y de Medicaid a través de nuestro plan.

- Use los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
- Use las farmacias de nuestra red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- **Si es hospitalizado el día en que cambia o termina su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta.** Esto ocurrirá, aunque su nueva cobertura de salud comience antes de que le den de alta.

Sección F Otras situaciones en las que termina su membresía

Medicare y Medicaid deben terminar su membresía en el plan en los siguientes casos:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare. Los servicios de Medicare terminarán el último día del mes en que termine su cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Medicaid o ya no cumple los requisitos de participación de MyCare Ohio. Nuestro plan es para las personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses o si establece su residencia principal fuera de Ohio.
  - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, debe llamar a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se mudará o al que viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano estadounidense ni residente legal en los Estados Unidos.
- Debe ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón.
- Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Podemos pedir a Medicare y a Medicaid que terminen su inscripción en nuestro plan por los siguientes motivos:

- Si, al inscribirse, usted proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta sus requisitos de participación.
- Si se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarles cuidado médico a usted y a otros miembros.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de ID de miembro para recibir cuidado médico.
  - Si su membresía termina por este motivo, es posible que Medicare o Medicaid hagan que el Inspector General investigue su caso. También es posible que se inicien acciones civiles o penales.

Sección G Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

Si usted piensa que se le está pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También debe llamar a la Línea Directa para Consumidores de Ohio Medicaid al **1-800-324-8680**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1.

Sección H Su derecho a presentar una queja si solicitamos a Medicare y a Medicaid que terminen su membresía en nuestro plan

Si solicitamos a Medicare y a Medicaid que terminen su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle nuestros motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra solicitud de terminar su membresía. Además, puede consultar el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección I Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan

Si tiene preguntas o quisiera obtener más información sobre cuándo Medicare y Medicaid pueden terminar su membresía, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-877-542-9236** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Capítulo 11

Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave que se usan en toda la **Guía para Miembros**, con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si usted no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicio al Cliente.

Actividades de la vida diaria (Sección A del Capítulo 2): las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administrador del cuidado de la salud (Sección C del Capítulo 1): la persona principal que colabora con usted, con UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.

Apelación (Sección I del Capítulo 1): manera formal en la que usted cuestiona nuestra decisión si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos o revirtamos nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted piensa que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluso le indica cómo presentar una apelación.

Apelación de Nivel 1 (Sección E3 del Capítulo 9): solicitud que presenta un miembro ante un plan para revisar una Resolución Adversa (también llamada Apelación Interna).

Apelación de Nivel 2 (Sección E5 del Capítulo 9): apelación enviada a una organización independiente que no tiene relación con el plan para que revise la decisión del plan sobre una Apelación de Nivel 1 (la primera etapa en una Apelación Externa por un servicio de Medicare).

Apoyos y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) (Sección A del Capítulo 2): servicios que ayudan a mejorar una enfermedad a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a seguir viviendo en su domicilio para no tener que ir a un asilo de convalecencia o a un hospital.

Área de servicio (Sección D del Capítulo 1): área específica cubierta por un plan de salud (algunos planes de salud aceptan miembros solamente si viven en un área determinada). En los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan.

Asignación de Medicare: En Medicare Original, un médico o distribuidor “acepta la asignación” si ha convenido aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago total de los servicios cubiertos.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Asilo de convalecencia o centro de enfermería (Introducción): lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en el hospital.

Audiencia Estatal (Sección E4 del Capítulo 9): Si su médico u otro proveedor pide un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando un servicio de Medicaid que usted ya recibe, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal se decide a su favor, debemos prestarle el servicio que solicitó.

Auxiliar de asistencia médica a domicilio (Sección D del Capítulo 4): persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de una enfermera o un terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios que indique un proveedor). Los auxiliares de asistencia médica a domicilio no tienen licencia para ejercer la enfermería ni prestan servicios de terapia.

Biosimilar Intercambiable: Un biosimilar que se puede sustituir en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta. (Consulte “Biosimilar Intercambiable”).

Cancelación de la inscripción (Sección A del Capítulo 10): proceso para terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su decisión propia) o involuntaria (no por su decisión propia, por ejemplo, si ya no cumple los requisitos de Medicaid).

Centro de cirugía ambulatoria (Sección D del Capítulo 4) centro que presta servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, es decir, a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado en el centro.

Centro de cuidados paliativos (Sección D del Capítulo 4): Programa de cuidado y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a que vivan con comodidad. Pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos. Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores atienden a la persona en todos los aspectos, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio debe proporcionarle una lista de los proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (Sección D del Capítulo 4): centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) (Sección D del Capítulo 4): centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Presta una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental de su domicilio.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) (Sección F del Capítulo 2): agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Cobertura medicamentos (Sección J del Capítulo 1): término que usamos para referirnos a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Coordinador de Apoyos y Servicios a Largo Plazo y para Vivir de Forma Independiente (Independent Living and Long-Term Services and Supports, IL-LTSS) (Sección A del Capítulo 2): persona que colabora con usted y su equipo de cuidado de la salud para asegurarse de que usted reciba los servicios y apoyos que necesite para vivir de manera independiente. (También conocido como Coordinador de Apoyos a Largo Plazo [LTS].)

Copago (Sección A del Capítulo 5): Cantidad fija que usted paga cada vez que recibe un servicio o un suministro. Por ejemplo, podría pagar $1 o $4.15 por un medicamento con receta. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio solamente cobra copagos por medicamentos con receta y algunos otros artículos que usted obtiene en la farmacia.

Costo compartido (Sección A del Capítulo 6): lo que usted tiene que pagar cuando obtiene medicamentos. El costo compartido incluye los copagos.

Costo compartido diario (Sección F del Capítulo 6): tarifa que se puede aplicar cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Un costo compartido diario es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, su “costo compartido diario” es de $1 por cada día. Esto significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando surte su receta.

Cuidado de emergencia (Sección H del Capítulo 3): servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (Sección D del Capítulo 4): cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se prestan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Cuidado requerido de urgencia (Sección H del Capítulo 3): cuidado que usted recibe para una enfermedad, lesión o problema de salud imprevisto que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Usted puede recibir cuidado requerido de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no haya proveedores de la red a su disposición o cuando usted no pueda visitarlos.

Decisión de cobertura (Sección A del Capítulo 2): decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos, o lo que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) (Sección A del Capítulo 1): Departamento del estado de Ohio que administra el Programa de Medicaid, al que generalmente nos referimos como “el Estado” en esta guía.

Determinación de la organización (Sección A del Capítulo 2): decisión que toma un plan, o uno de sus proveedores, sobre si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. En esta guía, las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia (Sección H del Capítulo 3): enfermedad que una persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina considere que es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, podría tener como consecuencia la muerte, una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo, o un daño en la función de una parte del cuerpo, o, con respecto a una mujer embarazada, poner en grave peligro su salud física o mental, o la del feto. Los síntomas médicos de una emergencia incluyen dolor grave, dificultad para respirar o sangrado no controlado. Los síntomas de salud mental de una emergencia o de una emergencia que no es potencialmente mortal incluyen: amenaza de suicidio, homicidio o lesión autoinfligida, manía o psicosis que necesita atención médica inmediata.

Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) (Sección E3 del Capítulo 9): organización independiente contratada por Medicare para revisar las Apelaciones Externas (de Nivel 2) si nuestra decisión no es completamente a favor de su Apelación Interna.

Equipo de cuidado de la salud (Sección C del Capítulo 1): equipo que puede incluir médicos, enfermeras, asesores, otros profesionales de salud y otras personas que usted elija para que le ayuden a recibir el cuidado que necesite. Su equipo de cuidado de la salud también le ayudará a crear un plan de cuidado individualizado.

Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) (Sección D del Capítulo 4): Ciertos artículos que su médico le indica para que usted use en su domicilio. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Especialista (Sección D del Capítulo 3): médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica.

Etapa de cobertura de gastos médicos mayores (Sección C del Capítulo 6): parte del beneficio de medicamentos de la Parte D cuando el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Usted comienza esta etapa cuando haya alcanzado el límite de $2,000 en sus medicamentos con receta.

Etapa de cobertura inicial (Sección C del Capítulo 6): etapa antes de que el total de sus gastos de medicamentos de la Parte D alcance los $2,000, que incluye lo que pagó usted, lo que pagó nuestro plan por usted y el subsidio para personas de bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Evaluación de salud (Sección F del Capítulo 1): revisión del historial médico, de salud mental y de consumo de sustancias, y de las enfermedades actuales de un paciente. Se usa para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción (Sección F2 del Capítulo 9): permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto por nuestro plan o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación indebida o inapropiada (Sección A del Capítulo 7): Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que el costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio cuando reciba servicios o medicamentos con receta. Si recibe alguna factura que no comprende, llame a Servicio al Cliente. Dado que UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red (Sección J del Capítulo 1): farmacia que ha acordado surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red (Sección J del Capítulo 1): farmacia que no ha acordado trabajar con nuestro plan para proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Gastos de su bolsillo (Sección A del Capítulo 5): el requisito de costo compartido para los miembros, que deben pagar una parte de los servicios o los medicamentos que obtienen. Consulte la definición de “costo compartido” indicada anteriormente.

Guía para Miembros y Divulgación de Información (Introducción): este documento y algunos otros: su solicitud de inscripción y todo otro documento adjunto, cláusula adicional u otros documentos de coberturas opcionales elegidas, que explican su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Herramienta de beneficios en tiempo real (Sección B del Capítulo 5): Portal o aplicación informática en que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del miembro sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye los costos compartidos, los medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma enfermedad que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (preautorización, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Información de salud personal (personal health information, PHI) (también llamada Información de Salud Protegida) (Sección K del Capítulo 1): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número del Seguro Social, visitas médicas e historial médico. Para obtener más información sobre cómo UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio protege, usa y divulga su información de salud personal, así como sus derechos con respecto a su información de salud personal, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio.

Inscripción (Sección E del Capítulo 1): proceso para hacerse miembro de nuestro plan.

Límites de cantidad (Sección C del Capítulo 5): límite en la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por cada medicamento con receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos) (Sección J del Capítulo 1): lista de los medicamentos con receta cubiertos por UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La **Lista de Medicamentos** le indica si hay alguna regla que usted tenga que seguir para obtener sus medicamentos. A veces, a la **Lista de Medicamentos** se le llama “formulario”.

Medicaid (o Asistencia Médica) (Sección B del Capítulo 1): programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare. Los programas de Medicaid cambian según el estado, pero, si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid.

Médicamente necesario (Sección B del Capítulo 3): significa servicios para el cuidado de la salud, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades o lesiones que cumplen todos los siguientes criterios, tal y como han sido determinados por nosotros o nuestra persona designada y a nuestro criterio exclusivo:

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Según los Estándares Generalmente Aceptados del Ejercicio de la Medicina. Son estándares que se basan en evidencia científica confiable publicada en bibliografía médica revisada por colegas, que son generalmente reconocidos por la comunidad médica pertinente y se basan principalmente en ensayos clínicos controlados o, si estos no están disponibles, en estudios observacionales de más de una institución que sugieren una relación causal entre el servicio o el tratamiento y los resultados de salud.

  Si no hay evidencia científica confiable disponible, es posible que se tomen en cuenta los estándares basados en recomendaciones de la asociación pertinente de especialistas médicos o los estándares profesionales del cuidado de la salud. Nos reservamos el derecho a consultar la opinión de expertos para determinar si los servicios para el cuidado de la salud son Médicamente Necesarios. Las recomendaciones de la asociación pertinente de especialistas médicos, la elección de expertos y la determinación de cuándo hacer uso de dicha opinión de expertos quedarán a nuestro criterio exclusivo.
- Son los más apropiados, en cuanto a su tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración, y se consideran eficaces para tratar su enfermedad o lesión.
- No son principalmente para su conveniencia o la de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud.
- Satisfacen, pero no exceden, su necesidad médica, son al menos tan beneficiosos como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible, y se prestan de la manera más eficiente en costo que sea segura y eficaz.

Medicamento de marca (Sección D del Capítulo 6): medicamento con receta que elabora y vende la compañía que fabricó el medicamento por primera vez. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico (Sección D del Capítulo 6): medicamento con receta que está aprobado por el gobierno federal para ser usado en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos y surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca.

Medicamentos de la Parte D de Medicare (Sección B del Capítulo 5): medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D de Medicare. (Consulte la **Lista de medicamentos** para conocer los medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D, pero es posible que Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos sin receta (over-the-counter, OTC): Todo medicamento que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de cuidado de la salud.

Medicare (Sección B del Capítulo 1): programa federal de seguro de salud para ciertas personas: aquellas mayores de 65 años, aquellas menores de 65 años con ciertas discapacidades y aquellas que tienen enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, esto significa personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de cuidado administrado (consulte "Plan de salud").

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de las cantidades establecidas por el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

- Usted puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.
- Si usted no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.
- Los medicamentos cubiertos que necesitan la preautorización (PA) de nuestro plan se indican en la **Lista de Medicamentos**.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) (Sección E del Capítulo 1): beneficiario de Medicare y de Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por Medicaid.

Miembro de Medicare-Medicaid (Sección C del Capítulo 1): persona que califica para la cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. A los miembros de Medicare-Medicaid también se les llama "beneficiarios con elegibilidad doble".

Nivel de costo compartido (Sección B del Capítulo 6): grupo de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento de la **Lista de Medicamentos** está asignado a uno de tres niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más debe pagar por el medicamento.

Ombudsman (Sección H del Capítulo 2): persona u organización de su estado que le ayuda si usted tiene problemas con nuestro plan. Los servicios del ombudsman son gratuitos.

Organización para el mejoramiento de la calidad (quality improvement organization, QIO) (Sección E del Capítulo 2): grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. El gobierno federal les paga para que verifiquen y mejoren el cuidado que reciben los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Paciente hospitalizado (Sección D del Capítulo 4): término usado cuando usted ha sido admitido oficialmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue admitido oficialmente, aún se le podría considerar paciente ambulatorio en lugar de paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Parte A de Medicare (Sección E del Capítulo 1): programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios de cuidado hospitalario, de cuidado en un centro de enfermería especializada, de cuidado de asistencia médica a domicilio y de cuidados paliativos.

Parte A: consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare (Sección E del Capítulo 1): programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte B: consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare (Sección E del Capítulo 1): programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Plan Medicare Advantage.

Parte C: consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare (Sección E del Capítulo 1): programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para abreviar, a este programa lo llamamos “Parte D”.) La Parte D cubre los medicamentos con receta, las vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare ni por Medicaid. UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: consulte “Parte D de Medicare”.

Plan de cuidado (Sección C del Capítulo 1): plan que describe qué servicios de salud usted recibirá y la forma en que los recibirá. (También conocido como Plan de Cuidado Personal.)

Plan de salud (Sección F del Capítulo 1): organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con administradores del cuidado de la salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.

Plan Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Preautorización (prior authorization, PA) (Sección B del Capítulo 3): aprobación necesaria antes de que usted pueda recibir ciertos servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos de la red solamente están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen la preautorización de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan una preautorización se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solamente si usted obtiene nuestra preautorización. Los medicamentos cubiertos que necesitan una preautorización se indican en la **Lista de Medicamentos**.

Producto biológico: Medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que los productos alternativos se llaman biosimilares. Por lo general, los productos biosimilares surten exactamente el mismo efecto y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa Ayuda Adicional (Sección Introducción del Capítulo 6): programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (“LIS”).

Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program for All-inclusive Care for the Elderly, PACE) (Sección E del Capítulo 1): Programa que cubre los beneficios combinados de Medicare y de Medicaid para las personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de cuidado para vivir en su domicilio.

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI) (Sección B del Capítulo 1): beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y Ortesis (Sección D del Capítulo 4): Dispositivos médicos que le indica su médico u otro proveedor de cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) (Sección D del Capítulo 3): su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este proveedor se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse saludable. Colaborará con su equipo de cuidado de la salud. También es posible que hable con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado, y es posible que le refiera a ellos. Para obtener información sobre cómo recibir cuidado de proveedores de cuidado primario, consulte el Capítulo 3.

Proveedor de la red (Sección F del Capítulo 1): "proveedor" es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le proporcionan cuidado y servicios para el cuidado de la salud. El término también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo. Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud. Les llamamos "proveedores de la red" cuando acuerdan trabajar con el plan de salud y aceptar nuestro pago sin cobrar una cantidad adicional a nuestros miembros. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les llama "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red (Sección D del Capítulo 3): proveedor o centro que no es empleado de nuestro plan, no es propiedad de este ni es operado por este, y que no ha acordado trabajar con nosotros para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El Capítulo 3 explica los proveedores o centros fuera de la red.

Queja Formal: Consulte "Queja o Queja Formal".

Queja o Queja Formal (Sección A del Capítulo 2): declaración verbal o escrita en la que usted expresa una inquietud sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red.

Servicio al Cliente (Sección A del Capítulo 2): departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Servicios cubiertos (Sección A del Capítulo 2): término general que usamos para referirnos a todos los servicios para el cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare (Sección C del Capítulo 1): servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación (Sección D del Capítulo 4): tratamiento que usted recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación mayor, incluidas la fisioterapia, la terapia del habla y del lenguaje, y la terapia ocupacional. Si desea más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte el Capítulo 4.

Servicios de salud del comportamiento (Sección F del Capítulo 3): tratamientos para la salud mental y el consumo de sustancias.

Servicios en la Comunidad para Adultos (Community Based Adult Services, CBAS) (Sección D del Capítulo 4): programa de servicios en un centro para pacientes ambulatorios que proporciona cuidado de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, capacitación y apoyo para familiares o cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a miembros que cumplen los requisitos y los criterios de participación correspondientes.

? **Si tiene preguntas o necesita hablar con su administrador del cuidado de la salud,** llame a UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio al **1-877-542-9236** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes (correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana). **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Subrogación (Sección E del Capítulo 8): proceso de sustitución de un acreedor por otro, que se aplica si usted tiene el derecho legal a recibir un pago de una persona u organización porque un tercero fue responsable de su lesión o enfermedad. Podemos ejercer este derecho de subrogación, con o sin su consentimiento, para recuperar del tercero responsable o de la compañía de seguros del tercero el costo de los servicios prestados o de los gastos en que hayamos incurrido en relación con su lesión o enfermedad.

Subsidio para personas de bajos ingresos (low-income subsidy, LIS): Consulte “Programa Ayuda Adicional”

Terapia escalonada (Sección C del Capítulo 5): regla de cobertura que le exige probar primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted pide.

Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected® for MyCare Ohio:

Llame al **1-877-542-9236**
Las llamadas a este número son gratuitas.
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
(Correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.)
Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY **711**
Las llamadas a este número son gratuitas.
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
(Correo de voz disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.)

Escriba a: **UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.**
5900 Parkwood Place
Dublin, OH 43016

es.UHCCommunityPlan.com
myuhc.com/CommunityPlan

CSOH25MP0206458_002