



Le damos la bienvenida a la comunidad

KanCare

- Carta de bienvenida
- Manual para miembros
- Otra información

United
Healthcare®
Community Plan



Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



Bienvenido

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan

Tómese unos minutos para revisar este Manual para Miembros. Estamos listos para responder cualquier pregunta que pueda tener. Puede encontrar las respuestas a la mayoría de sus preguntas en myuhc.com/CommunityPlan. O puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando de forma gratuita al **1-877-542-9238**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Hablamos su mismo idioma

If you speak a language other than English, we can provide translated printed materials. Or we can provide an interpreter who can help you understand these materials free of charge. We can also provide interpreter services for your doctor appointments. You'll find more information about Interpretive Services and Language Assistance in the section called Other Plan Details. Or call Member Services toll-free at **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionarle materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales sin costo alguno. También podemos proporcionar servicios de interpretación para sus citas con el médico. Encontrará más información acerca de los servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros gratuitamente al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

**United
Healthcare®**
Community Plan

Cómo empezar

Queremos que obtenga el máximo beneficio de su plan de salud de inmediato. Comience con estos tres sencillos pasos:

1. Llame a su médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP) y programe un control

Los controles habituales son importantes para una buena salud. El número de teléfono de su médico de cabecera debe figurar en la tarjeta de identificación de miembro que recibió recientemente por correo postal. El médico de cabecera que aparece en su tarjeta no es el único proveedor que usted puede visitar. Puede recibir atención de cualquier proveedor participante. Si no conoce el número de su médico de cabecera o si desea recibir ayuda para programar un chequeo, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**. Estamos aquí para ayudarle.

2. Complete la evaluación de salud

Es una forma rápida y sencilla de obtener un panorama general de su salud y estilo de vida actual. Nos ayuda a conectarle con los beneficios y servicios disponibles para usted. Visite myuhc.com/CommunityPlan para completar la evaluación de salud hoy mismo. Además, le llamaremos pronto para darle la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan. Durante esta llamada, podemos explicarle sus beneficios del plan de salud. También podemos ayudarle a completar la evaluación de salud por teléfono. Consulte la página 13.

3. Conozca su plan de salud

Comience con la sección Aspectos destacados del plan de salud en la página 9 para obtener una descripción general rápida de su nuevo plan. Y asegúrese de tener este folleto a mano para consultarlo en el futuro.

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan para su plan de salud

Nos complace tenerle como miembro. Se ha unido a millones de miembros que tienen un seguro de salud con UnitedHealthcare Community Plan. Usted ha realizado la elección correcta para usted y su familia.

UnitedHealthcare Community Plan le brinda acceso a muchos proveedores de atención médica (médicos, personal de enfermería, hospitales y farmacias); por lo tanto, usted tiene acceso a todos los servicios de salud que necesite. Cubrimos servicios de atención preventiva, chequeos y tratamiento. Nos dedicamos a mejorar su salud y su bienestar.

Recuerde que las respuestas a cualquier pregunta que tenga están a solo un clic de distancia en myuhc.com/CommunityPlan. Llame gratis a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711** de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.



Índice

Bienvenido	<u>3</u>
Cómo empezar	<u>4</u>
Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan para su plan de salud	<u>5</u>
Aspectos destacados del plan de salud	<u>9</u>
Tarjeta de identificación de miembro	<u>9</u>
Descubra su plan en línea	<u>10</u>
Resumen de beneficios	<u>12</u>
Su evaluación de salud	<u>13</u>
Apoyo al miembro	<u>14</u>
Puede comenzar a usar su beneficio de farmacia de inmediato	<u>16</u>
Visitas al médico	<u>18</u>
Su proveedor de atención primaria (PCP)	<u>18</u>
Chequeos anuales	<u>20</u>
Cómo programar una cita con su médico de cabecera	<u>22</u>
Cómo prepararse para la cita con el médico de cabecera	<u>22</u>
Lista de verificación de bienestar	<u>23</u>
Servicios de NurseLine: su recurso de información sobre la salud durante las 24 horas	<u>26</u>
Referidos y especialistas	<u>27</u>
Defensor de Miembros	<u>28</u>
Cómo obtener una segunda opinión	<u>28</u>
Autorizaciones previas	<u>28</u>
Continuidad de la atención si su médico de cabecera abandona la red	<u>29</u>
Si necesita atención cuando está fuera de la ciudad	<u>29</u>
Servicios de Salud Conductual	<u>30</u>
Servicios de transporte (que no sean de emergencia)	<u>30</u>

Hospitales y emergencias	<u>32</u>
Atención de emergencia	<u>32</u>
Servicios de atención de mantenimiento y de atención posterior a la estabilización	<u>33</u>
Atención de urgencia	<u>33</u>
Servicios de hospital	<u>34</u>
Atención dental de emergencia	<u>34</u>
Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos	<u>34</u>
Farmacia	<u>35</u>
Medicamentos con receta	<u>35</u>
Medicamentos de Venta Libre (OTC)	<u>36</u>
Medicamentos inyectables	<u>36</u>
Farmacia principal	<u>37</u>
Beneficios	<u>38</u>
Beneficios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan	<u>38</u>
Beneficios adicionales	<u>51</u>
Manejo de enfermedades y administración de la atención médica	<u>55</u>
Para adultos	<u>55</u>
Para niños	<u>56</u>
Beneficios de valor agregado	<u>60</u>
Embarazo y madres primerizas	<u>60</u>
Más cobertura	<u>61</u>
Programas tecnológicos	<u>64</u>
Programas comunitarios	<u>64</u>
Exenciones	<u>65</u>

Manual para miembros de Kansas KanCare

Otros detalles del plan	66
Cómo encontrar un proveedor de la red	66
Directorio de Proveedores	66
Servicios de interpretación y asistencia de idiomas disponibles de forma gratuita	67
Si recibe una factura por servicios	77
Otro seguro de salud (Coordinación de Beneficios, COB)	77
Renovación de su KanCare	77
Actualizar su información	78
Su opinión nos importa	79
Consentimiento informado	79
Privacidad de los registros	80
Cómo pagamos a nuestros proveedores	80
Defensoría de KanCare	80
Gestión de la utilización	81
Programa de calidad	81
Seguridad y protección contra la discriminación	82
Guías sobre prácticas clínicas y nueva tecnología	83
Directrices anticipadas	83
Fraude y abuso	87
Derechos y responsabilidades de los miembros	90
Quejas, apelaciones y audiencias estatales imparciales	92
¿Cómo solicito la cancelación de la afiliación en mi plan?	97
Glosario/términos importantes	98
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de Privacidad	104

Aspectos destacados del plan de salud

Tarjeta de identificación de miembro

The diagram shows a member identification card with callouts pointing to specific information:

- Health Plan (80840) 911-96385-07**: Su número de identificación del plan
- Member ID: 99999993112**: Su número de identificación de miembro
- Group Number: KSKCMD**: Número de teléfono de Servicios para Miembros
- Member: NEW ENGLISH, DOB: 02/04/1947, PCP Name: DOUGLAS GETWELL, PCP Phone: (620)852-3550**: El nombre de su médico de cabecera
- Payer ID: 96385**: Información para su farmacéutico
- OPTUMRX, Rx Bin: 610494, Rx Grp: ACUKS, Rx PCN: 9999**: Información para su farmacéutico
- Effective Date: 06/16/2013**: Fecha de vigencia
- Copays: \$0 0501**: Copagos
- Administered by UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.**: Administrado por UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.
- Emergency information: In an emergency go to nearest emergency room or call 911.**: Información de emergencia
- For Members: 877-542-9238, 855-575-0136, 877-542-9238**: Servicios de salud mental
- For Providers: UHCprovider.com, 877-542-9235**: Servicios de salud mental

Su tarjeta de identificación de miembro contiene mucha información importante. Le proporciona acceso a sus beneficios cubiertos. Debería haber recibido su tarjeta de identificación de miembro por correo postal dentro de los 10 días posteriores a su incorporación a UnitedHealthcare Community Plan. Cada miembro de la familia tendrá su propia tarjeta. Verifique para asegurarse de que toda la información sea correcta. Si alguno de los datos es incorrecto, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238, TTY 711**.

- Lleve su tarjeta de identificación de miembro a sus citas
- Muéstrela cuando surta una receta
- Tenerla a mano cuando llame a Servicios para Miembros; esto nos ayuda a brindarle un mejor servicio
- No permita que otra persona use sus tarjetas. Es contrario a la ley.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238, TTY 711**.

Aspectos destacados del plan de salud

Muestre su tarjeta

Muestre siempre su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare cuando reciba atención. Esto ayuda a garantizar que obtenga todos los beneficios a su disposición. Y evita errores de facturación.

¿Perdió su tarjeta de identificación de miembro?

Si usted o un familiar pierde una tarjeta, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva.

Descubra su plan en línea

Administre su información de atención de la salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en myuhc.com.

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted está a solo un clic de todo lo que necesita para hacerse cargo de sus beneficios para la salud. Regístrese en myuhc.com/CommunityPlan. Las herramientas y las nuevas características pueden ahorrarle tiempo y ayudarle a mantenerse saludable. El uso del sitio es gratuito.

Motivos excelentes para usar myuhc.com/CommunityPlan

- Buscar beneficios
- Buscar un médico
- Imprimir una tarjeta de identificación
- Encontrar un hospital
- Complete la evaluación de salud
- Llevar un registro de sus antecedentes médicos
- Ver historial de reclamaciones
- Aprender a mantenerse saludable

Regístrese en myuhc.com/CommunityPlan hoy

Registrarse es fácil y rápido. ¡Inscríbase hoy! Simplemente visite myuhc.com/CommunityPlan. Seleccione “Register” (Registrarse) en la página de inicio y siga las sencillas instrucciones. Usted está a solo unos pocos clics de acceder a todo tipo de información. Obtenga más de su atención de la salud.

Aplicación de UnitedHealthcare®

UnitedHealthcare Community Plan tiene una nueva aplicación para miembros: Está disponible para tabletas y teléfonos inteligentes Apple® o Android®. La aplicación de UnitedHealthcare le permite hacer lo siguiente:

- Encontrar un médico, una sala de emergencias o un centro de atención de urgencia cercano
- Ver su tarjeta de identificación
- Completar la evaluación de salud
- Leer su manual
- Conocer sus beneficios
- Comunicarse con Servicios para Miembros

Descargue la aplicación gratuita de UnitedHealthcare hoy mismo. Úsela para conectarse con su plan de salud dondequiera que esté y cuando lo desee. Para descargar la aplicación, vaya a la tienda de aplicaciones o escanee este cuadrado con el lector de QR de su teléfono inteligente.



Aspectos destacados del plan de salud

Resumen de beneficios

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene a su disposición una variedad de beneficios y servicios de atención de la salud. Esta es una breve descripción general. Encontrará una lista completa en la sección Beneficios. UnitedHealthcare no excluye servicios por objeciones morales ni religiosas. Proporcionaremos la divulgación adecuada en caso de objeciones por parte de proveedores individuales.

Servicios de atención primaria

Usted tiene cobertura sin copagos para todas las visitas a su médico de cabecera (PCP). Su médico de cabecera es el principal médico al que acudirá para la mayor parte de su atención de la salud. Esto incluye controles, tratamiento para resfríos y gripe, inquietudes sobre la salud y exámenes de salud.

Amplia red de proveedores

Puede elegir cualquier PCP de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias, y le da gran cantidad de opciones para su atención de la salud. Encuentre una lista completa de proveedores de la red en myuhc.com/CommunityPlan o llame de forma gratuita al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

NurseLine

La línea de enfermería NurseLine le brinda acceso telefónico al experimentado personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Pueden brindarle información, apoyo y educación sobre cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud.

Servicios especiales

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son médicos o personal de enfermería altamente capacitados para tratar ciertas afecciones. No necesita un referido para consultar a un especialista. Sin embargo, a veces el especialista le pedirá un referido de su médico de cabecera. Consulte la página 27.

Medicamentos

Su plan cubre medicamentos con receta sin copagos para miembros de todas las edades, a menos que tenga un pago deducible no cubierto. Si no está seguro de si tiene un pago deducible, llame a Servicios para Miembros. <https://www.kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/420/Preferred-Drug-List-PDF?bidId>

Servicios de hospital

Usted tiene cobertura para estadías en el hospital. También tiene cobertura para servicios ambulatorios. Estos son servicios que usted recibe en el hospital sin pasar la noche allí.

Servicios de laboratorio

Los servicios cubiertos incluyen pruebas y radiografías que ayudan a encontrar la causa de una enfermedad.

Visitas de bienestar del niño

Todas las visitas de bienestar del niño y las inmunizaciones están cubiertas por su plan.

Atención de maternidad y embarazo

Usted tiene cobertura para las visitas al médico antes y después del nacimiento de su bebé. Esto incluye las estadías en el hospital. En caso de que sea necesario, también cubrimos las visitas domiciliarias después del nacimiento del bebé.

Planificación familiar

Tiene cobertura para los servicios que le ayuden a gestionar el momento del embarazo. Estos incluyen productos y procedimientos anticonceptivos.

Atención de la vista

Los beneficios de la vista incluyen exámenes de la vista de rutina y anteojos. Consulte la página 50.

Su evaluación de salud

Una evaluación de salud es una encuesta breve y sencilla con preguntas simples sobre su salud y estilo de vida. Cuando la completa, podemos conocerle mejor. Además, nos ayuda a conectarlo con los múltiples beneficios y servicios disponibles para usted.

Tómese unos minutos para completar la evaluación de salud en myuhc.com/CommunityPlan. Haga clic en el botón “Health Assessment” (Evaluación de salud) en el lado derecho de la página, después de registrarse o iniciar sesión. O llame de forma gratuita a Servicios para **Miembros al 1-877-542-9238**, TTY **711** para completarla por teléfono.

Aspectos destacados del plan de salud

Apoyo al miembro

Queremos que obtenga el máximo beneficio de su plan de salud de la manera más fácil posible. Como miembro de nuestro plan, tiene muchos servicios disponibles sin cargo, incluidos transporte e intérpretes, si es necesario. Además, si tiene preguntas, hay muchos lugares donde puede obtener respuestas.

Nuestro sitio web ofrece acceso a los detalles del plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Visite myuhc.com/CommunityPlan para inscribirse y tener acceso web a su cuenta. Este sitio web seguro contiene toda su información de salud en un solo lugar. Además de los detalles del plan, el sitio incluye herramientas útiles que pueden ayudarle a hacer lo siguiente:

- Encontrar un proveedor o una farmacia
- Buscar un medicamento en la Lista de medicamentos preferidos
- Obtener detalles de los beneficios
- Descargar un nuevo Manual para Miembros
- Imprimir una nueva tarjeta de identificación de miembro

Obtenga información mientras se encuentra fuera de su hogar con la aplicación móvil UnitedHealthcare®

Descargue la aplicación móvil UnitedHealthcare a su teléfono inteligente o tableta Apple® o Android® y vea qué fácil es buscar médicos cercanos, consultar el Manual para Miembros, buscar ayuda y apoyo en su comunidad o ver su tarjeta de identificación de miembro.

El Servicio para Miembros está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Pueden ayudarle con sus preguntas o inquietudes, entre lo que se incluye lo siguiente:

- Comprender sus beneficios
- Recibir ayuda para obtener una tarjeta de identificación de miembro de reemplazo
- Encontrar un médico o una clínica de atención de urgencia

Llame al número gratuito **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Programa de administración de la atención médica

Si tiene una afección médica crónica, como asma o diabetes, puede beneficiarse de nuestro programa de administración de la atención. Podemos ayudarle con varias cosas, como programar citas con el médico y mantener a todos sus proveedores informados sobre la atención que recibe. Para obtener más información, llame al número de teléfono gratuito **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Servicios de transporte disponibles

Como miembro de KanCare, cuenta con transporte médico disponible para cierta atención médica. Consulte la página 30 para obtener más detalles. O llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**. También puede iniciar sesión en myuhc.com/CommunityPlan y seleccionar “Coverage & Benefits” (Cobertura y beneficios) para buscar cobertura de transporte.

Hablamos su mismo idioma

Si usted habla un idioma diferente al inglés, podemos brindarle materiales impresos traducidos. O bien, podemos proporcionarle un intérprete que pueda ayudarle a comprender estos materiales sin cargo. Encontrará más información sobre los servicios de interpretación y asistencia de idiomas en la sección llamada Otros detalles del plan. O llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionar materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros gratuitamente al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Emergencias

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

Otros números de teléfono gratuitos importantes:

Beneficios dentales	1-877-542-9238
Programa Healthy First Steps® (para futuras madres)	1-877-813-3417
Servicios de transporte MTM para traslados que no sean de emergencia	1-877-542-9238
Servicios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias	1-877-542-9238
NurseLine en todo momento Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana	1-855-575-0136
Beneficios de Farmacia	1-877-542-9238
Línea para dejar de fumar KanQuit	1-800-784-8669

Puede comenzar a usar su beneficio de farmacia de inmediato

Su plan cubre una extensa lista de medicamentos o medicamentos recetados. Los medicamentos cubiertos se muestran en la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL) del plan. Su médico utiliza esta lista para asegurarse de que los medicamentos que usted necesite estén cubiertos por su plan. Puede encontrar la Lista de Medicamentos Preferidos en línea en <https://www.kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/420/Preferred-Drug-List-PDF?bidId>. Comenzar a surtir sus recetas es fácil. Aquí le mostramos cómo:

1. ¿Sus medicamentos están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos?

Sí

Si sus medicamentos están incluidos en la Lista de medicamentos preferidos, no hay nada por hacer. Asegúrese de mostrarle a su farmacéutico su nueva tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta sus medicamentos con receta.

No

Si sus medicamentos recetados no figuran en la Lista de Medicamentos Preferidos, llame al número gratuito de Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, para que le ayuden a buscar en el formulario completo un medicamento que esté cubierto para su afección. Es posible que tenga que comunicarse con su médico si el medicamento seleccionado no está en la Lista de Medicamentos Preferidos ni en la lista del formulario completo. Si su médico cree que usted necesita un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos Preferidos y no puede tomar ningún otro medicamento excepto el recetado, su médico puede solicitar una revisión externa por expertos o ayudarle a presentar una apelación.

No sabe

Consulte la Lista de Medicamentos Preferidos en línea en <https://www.kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/420/Preferred-Drug-List-PDF?bidId>. También puede comunicarse con los Servicios para Miembros. Estamos aquí para ayudarle.

2. ¿Tiene una receta?

Cuando tenga una receta de su médico o necesite resurtir su receta, vaya a una farmacia de la red. Muestre al farmacéutico su tarjeta de identificación de miembro. Puede encontrar una lista de farmacias de la red en el Directorio de Proveedores en línea en myuhc.com, o puede llamar a Servicio para Miembros.

3. ¿Necesita un medicamento que requiere una aprobación previa?

Algunos medicamentos pueden requerir una autorización previa (prior authorization, PA) antes de que se pueda surtir su receta. Esto puede suceder cuando un medicamento aparece como no preferido en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). También puede ser necesaria la aprobación si necesita cumplir con ciertas condiciones antes de recibir el medicamento o hay otros medicamentos que deben probarse primero. Otro motivo es si ha estado recibiendo más medicamento del que se receta habitualmente. La autorización previa se otorga según el caso y allí se garantiza que usted reciba sus medicamentos de forma segura y eficaz.

Información importante para el farmacéutico

Procese la reclamación de este miembro de UnitedHealthcare Community Plan usando lo siguiente:

N.º de identificación del beneficio: 610494

Número de control del procesador: 9999

Grupo: ACUKS

Si recibe un mensaje que indique que el medicamento del miembro requiere autorización previa o que no está incluido en la Lista de Medicamentos Preferidos, llame de forma gratuita a **OptumRx®** al **1-877-305-8952** para anular la restricción del suministro en forma provisoria.

4. ¿Necesita un medicamento de inmediato pero la autorización previa (PA) no está disponible?

Si necesita surtir una receta para un medicamento que requiere aprobación previa, su médico puede comunicarse con el plan de salud para obtener la aprobación. Es posible que pueda recibir un suministro temporal de su medicamento para 3 días. El plan de salud puede aprobar este suministro temporal en situaciones de emergencia, lo que le permitiría obtener un suministro breve de su medicamento de inmediato. Su médico tendrá que completar el proceso de autorización previa para que usted obtenga más medicamentos.

Lleve su tarjeta de identificación de miembro a la farmacia y hable con el farmacéutico sobre el suministro temporal si cree que necesita el medicamento de inmediato. Este proceso no debe utilizarse todo el tiempo y se considerará de forma individual. Hable con su médico sobre sus opciones de medicamentos con receta.

Visitas al médico

Su proveedor de atención primaria (PCP)

Llamamos al médico principal que usted visita un proveedor de atención primaria o PCP. Con el tiempo, cuando acude al mismo proveedor de atención primaria, es fácil entablar una relación con esa persona. Cada familiar puede tener su propio médico de cabecera o todos pueden elegir acudir a la misma persona. Consultará a su médico de cabecera en los siguientes casos:

- Atención de rutina, incluidos chequeos anuales
- Coordinación de su atención con un especialista
- Tratamiento de resfrío y gripe
- Otras inquietudes sobre su salud

Tiene opciones

Puede elegir su PCP entre muchos tipos de proveedores de la red. Estos son algunos de los tipos de PCP:

- Médico de familia (también llamado médico general): atiende a niños y adultos
- Ginecólogo (Gynecologist, GYN): atiende a mujeres
- Médico de medicina interna (también llamado internista): atiende a adultos
- Personal de enfermería practicante (Nurse Practitioner, NP): atiende a niños y adultos
- Obstetra (Obstetrician, OB): atiende a mujeres embarazadas
- Pediatra: atiende a niños
- Asistente médico (Physician Assistant, PA): atiende a niños y adultos

Cómo elegir a su médico de cabecera

Si visitaba a un médico antes de ser miembro de UnitedHealthcare, verifique si pertenece a nuestra red. Si está buscando un nuevo médico de cabecera, considere elegir uno que esté cerca de su hogar o trabajo. Esto puede hacer que sea más fácil llegar a las citas. Si no selecciona un médico de cabecera, se le asignará uno.

¿Qué es un médico de la red?

Los proveedores de la red tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para brindarles atención a nuestros miembros. No necesita llamarnos antes de ver a uno de estos proveedores. En cuanto a los servicios recibidos de proveedores que no están en la red de UnitedHealthcare, se requerirá que su proveedor obtenga la aprobación previa para la visita.

Atención fuera de la red:

Para los servicios de emergencia fuera de la red, no se necesita la aprobación de UnitedHealthcare. Para todos los demás servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, se necesita la autorización previa de UnitedHealthcare. Primero comprobaremos si hay un proveedor de la red que pueda tratar su afección médica. Si no lo hay, le ayudaremos a encontrar un proveedor fuera de la red. Usted será financieramente responsable del pago de los servicios fuera de la red si UnitedHealthcare no aprueba la visita o el servicio. Los proveedores fuera de la red no están sujetos a los requisitos de contrato de UnitedHealthcare y no podemos controlar cómo facturan. Si tiene alguna pregunta, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**.

Disponibilidad de servicios

Puede consultar a un especialista y obtener servicios de atención preventiva y de rutina además de los servicios proporcionados por su médico de cabecera.

Su plan cuenta con una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención de calidad que trabajan juntos para brindarle la mejor atención. Consulte el Directorio de Proveedores de su plan para obtener una lista de proveedores de la red. Los proveedores pueden cambiar durante el año mientras continuamos creando una red de calidad para usted. Puede encontrar el Directorio de Proveedores más actualizado en myuhc.com/CommunityPlan o en la aplicación de UnitedHealthcare.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**. Nos complacerá ayudarle a encontrar un PCP de la red que se ajuste a sus necesidades. Informe a su defensor de Servicios para Miembros si tiene alguna preferencia de ubicación, idioma o cultura. También puede recibir una copia impresa gratuita del Directorio de Proveedores llamando a Servicios para Miembros.

Cómo cambiar su médico de cabecera

Es importante que su PCP le agrade y que confíe en él. Puede cambiarle cuando lo desee. Llame a Servicios para Miembros para ayudarle a hacer el cambio.

Visitas al médico

Más información sobre los médicos de la red

Puede obtener información sobre los médicos de la red, como nombre, dirección, números de teléfonos, calificaciones profesionales, especialidad, certificaciones de la junta, programas de residencia y facultad de medicina a los que asistieron, e idiomas que hablan, en myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Miembros. También puede averiguar si existe un programa de incentivos para proveedores.

Chequeos anuales

La importancia de su chequeo anual

Usted no tiene que estar enfermo para visitar a su médico. De hecho, los chequeos anuales con su médico de cabecera pueden ayudarle a mantenerse saludable. Además de controlar su salud general, su médico de cabecera se asegurará de que reciba los exámenes de detección, las pruebas y las vacunas que necesita. Asimismo, si hay un problema de salud, generalmente es mucho más fácil tratarlo cuando se detecta temprano.

Estos son algunos exámenes de detección importantes. La frecuencia con la que se realiza un examen de detección se basa en su edad y en sus factores de riesgo. Hable con el médico sobre lo que es adecuado para usted.

Para mujeres

- Prueba de Papanicolaou: ayuda a detectar el cáncer de cuello uterino
- Examen de mamas/mamografía: ayuda a detectar el cáncer de mama

Para hombres

- Examen de testículos: ayuda a detectar el cáncer testicular
- Examen de próstata: ayuda a detectar el cáncer de próstata

Visitas de bienestar del niño

Las visitas de bienestar del niño son un momento en el que su PCP evalúa el crecimiento y el desarrollo de su hijo. Durante estas visitas, también le harán exámenes necesarios, como pruebas de habla y audición, y se le aplicarán vacunas. Estas visitas de rutina también son un excelente momento para que haga cualquier pregunta que tenga sobre la conducta y el bienestar general de su hijo, incluso aquellas relacionadas con los siguientes temas:

- Hábitos alimenticios
- Hábitos de sueño
- Conducta
- Interacciones sociales
- Actividad física

Calendario de chequeos

Es importante programar sus visitas de bienestar del niño para estas edades:

De 3 a 5 días	15 meses
1 mes	18 meses
2 meses	24 meses
4 meses	30 meses
6 meses	3 años
9 meses	4 años
12 meses	Una vez al año después de los 5 años

A continuación se detallan las vacunas que el médico probablemente le administrará a su hijo y una explicación de cómo lo protegen:

- **Hepatitis A y hepatitis B:** previenen dos infecciones frecuentes del hígado
- **Rotavirus:** protege contra un virus que causa diarrea grave
- **Difteria:** previene una peligrosa infección de garganta
- **Tétano:** previene una peligrosa neuropatía
- **Tos ferina:** previene la tos convulsiva
- **HiB:** previene la meningitis infantil, y las infecciones graves de pulmón y garganta
- **Meningocócica:** previene la meningitis bacteriana
- **Polio:** previene un virus que causa parálisis
- **MMR:** previene el sarampión, las paperas y la rubéola
- **Varicela:** previene la varicela
- **Gripe:** protege contra el virus de la gripe
- **Neumocócica conjugada:** previene las infecciones de oído, las infecciones de la sangre, la neumonía y la meningitis bacteriana
- **HPV:** protege contra un virus de transmisión sexual que puede causar cáncer de cuello uterino en las mujeres y verrugas genitales en los hombres

Visitas al médico

Para los niños que reciben servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT), se puede superar cualquier límite de servicios cuando sea médicamente necesario.

Cómo programar una cita con su médico de cabecera

Llame directamente al consultorio de su médico. El número debería aparecer en su tarjeta de identificación de miembro. Cuando llame para programar una cita, asegúrese de informarle al personal del consultorio el motivo por el que acudirá. Esto le ayudará a asegurarse de que recibe la atención que necesita, cuando la necesita. Esta es la rapidez con la que puede esperar ser atendido:

Cuánto tiempo debería llevarle ver a su médico de cabecera:	
Emergencia	Inmediatamente o se le envía a un centro de emergencia
Urgencia (pero no una emergencia)	En un plazo de 1 día o 24 horas
Rutina	En un plazo de 1 semana o 7 días
Preventivo, bienestar del niño y regular	En un plazo de 1 mes

Cómo prepararse para la cita con el médico de cabecera

Antes de la visita

1. Vaya sabiendo lo que quiere obtener de la visita (alivio de los síntomas, referido a un especialista, información específica, etc.).
2. Tome nota de cualquier síntoma nuevo y cuándo comenzó.
3. Haga una lista de los medicamentos o vitaminas que toma habitualmente.

Durante la visita

Cuando esté con el médico, no dude en hacer lo siguiente:

- Plantear preguntas
- Tomar notas si le ayudan a recordar
- Pedirle a su médico que hable despacio o que le explique si hay algo que no comprende
- Pedir más información sobre los medicamentos, los tratamientos o las afecciones

22 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.



Lista de verificación de bienestar

Complete esta lista y llévela a su próxima cita.¹

Si necesita ayuda para encontrar un médico, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9328**.

Antes de la cita

Preguntas para ayudarlo a prepararse para su visita

¿Ha tenido algún problema relacionado con el equilibrio o las caídas en los últimos 12 meses? Sí No

¿Puede obtener ayuda cuando la necesita? Sí No

¿Le interesa hablar con alguien sobre sus sentimientos? Sí No

¿Ha hablado con alguien sobre su nivel de ejercicio o actividad física en los últimos 12 meses? Sí No

¿Ha experimentado algún problema relacionado con el control de la vejiga en los últimos seis meses? Sí No

¿Le gustaría hablar acerca de Five Wishes^{®*}, el primer testamento en vida con el que puede comunicar sus necesidades personales, emocionales y espirituales, así como sus deseos médicos? Sí No

*Five Wishes[®] es una directriz anticipada.

Preguntas para hacerle a su médico

Sus medicamentos recetados y de venta libre

Anote sus medicamentos aquí. Asegúrese llevar todo esto a su próxima cita con el médico.

Nombre del medicamento	Cuánto debo tomar	Cuándo lo tomo	Por qué lo tomo



Lista de verificación de bienestar

Complete esta información y analice estos temas con su médico.

Durante la cita			
Una vez al año	Fechas en que se realizaron	Según sea necesario	Fechas en que se realizaron
<input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe		<input type="checkbox"/> Vacuna contra el herpes simple (una vez, para personas de más de 60 años)	
Visita anual de bienestar			
<input type="checkbox"/> Control de la presión arterial		<input type="checkbox"/> Vacuna contra la neumonía (consulte con su médico de cabecera sobre las dos vacunas disponibles)	
<input type="checkbox"/> Altura, peso e índice de masa corporal (IMC)			
Examen físico de rutina anual		<input type="checkbox"/> Examen de lípidos para enfermedades cardiovasculares (cada 3 a 5 años según las recomendaciones de su médico)	
<input type="checkbox"/> Examen de pies a cabeza			
<input type="checkbox"/> Nivel de azúcar en sangre en ayunas		<input type="checkbox"/> Vacuna contra el tétanos (Td), la difteria y la tos ferina (Tdap) (una vez la vacuna Tdap y, luego, la vacuna Td cada 10 años)	
Para personas con diabetes			
<input type="checkbox"/> Hemoglobina A1c (HbA1c)		<input type="checkbox"/> Examen de detección de cáncer de colon (uno de los tres métodos a continuación): • Colonoscopia (cada 10 años, para personas de 50 a 75 años) OR • Sigmoidoscopia (cada 5 años, para personas de 50 a 75 años) OR • Examen de detección de sangre oculta en heces (Fecal Occult Blood Testing, FOBT) (anualmente, para personas de 50 a 75 años)	
<input type="checkbox"/> Colesterol LDL			
<input type="checkbox"/> Análisis de orina para determinar el nivel de proteína			
<input type="checkbox"/> Examen integral de la vista con prueba de retina de pupila dilatada			
Según lo que le recomendó el médico			
<input type="checkbox"/> Prueba de densidad ósea para la osteoporosis		<input type="checkbox"/> Mamografía (anualmente a partir de los 45 años; a partir de los 55 años puede hacerse cada dos años ²)	
<input type="checkbox"/> Examen dental			
<input type="checkbox"/> Examen de la audición			
<input type="checkbox"/> Examen de la vista			

Todas las recomendaciones, excepto las mamografías, son del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. Los exámenes pueden realizarse con más frecuencia según los factores de riesgo. Consulte con su médico.

¹ Esta es una lista de pruebas de detección sugeridas. La cobertura de estos exámenes puede variar según el plan. Si tiene preguntas sobre sus beneficios específicos o los detalles de la cobertura, llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación de miembro o consulte su Evidencia de Cobertura.

² American Cancer Society (Sociedad Estadounidense del Cáncer), 2015.



Lista de verificación de bienestar

Complete esta información y analice estos temas con su médico.

Después de su cita

Notas e instrucciones del médico

Cambios en los medicamentos

Nombre del medicamento	Cambios	Fecha de entrada en vigencia

Visitas de seguimiento a su médico

Fecha: _____ Lugar: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

La cobertura depende del plan que tenga. La información sobre beneficios proporcionada es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, la Lista de Medicamentos Preferidos, la red de farmacias, la red de proveedores, las primas o los copagos/coseguros pueden modificarse el 1.º de enero de cada año. Los planes están asegurados por UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus empresas afiliadas, una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

IR_161229_140056

CST18547

Servicios de NurseLine: su recurso de información sobre la salud durante las 24 horas

Cuando está enfermo o sufre una lesión, puede ser difícil tomar decisiones sobre su atención de la salud. Quizá no sepa si acudir a la sala de emergencias, ir a un centro de atención de urgencias, programar una cita con un proveedor o practicar cuidado personal. El experimentado personal de enfermería de NurseLine puede ofrecerle información para ayudarle a tomar una decisión.

El personal de enfermería puede ofrecer información y apoyo para muchas situaciones e inquietudes relacionadas con la salud, entre ellas:

- Lesiones menores
- Enfermedades frecuentes
- Consejos de cuidado personal y opciones de tratamiento
- Diagnósticos recientes y afecciones crónicas
- Cómo optar por la atención médica adecuada
- Prevención de enfermedades
- Nutrición y actividad física
- Preguntas para hacerle a su proveedor
- Administración segura de medicamentos
- Salud de hombres, mujeres y niños

Quizás solo siente curiosidad por un problema de salud y quiera saber más. El personal de enfermería registrado con experiencia puede ofrecerle información, apoyo y educación para cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud.

Simplemente llame al número gratuito **1-855-575-0136** o al TTY **711** para las personas con problemas de audición. Puede llamar al número gratuito de NurseLine en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No hay límites respecto de la cantidad de veces que puede llamar.

Referidos y especialistas

Se realiza un referido cuando su PCP le indica que debe acudir a otro médico que se especializa en la atención de ciertas partes del cuerpo o que trata una afección específica. Este otro médico se denomina especialista. Es una buena idea consultar con su PCP antes de acudir a un especialista, ya que este profesional puede ayudar a coordinar sus necesidades médicas. Si su médico quiere que visite a un especialista que usted no desea ver, puede pedirle a su PCP que le dé el nombre de otro profesional. Estos son algunos de los tipos de especialistas:

- Cardiólogo: para problemas del corazón
- Neumólogo: para problemas pulmonares y respiratorios

Si UnitedHealthcare no tiene un médico con la capacitación y experiencia que usted necesita, haremos los arreglos necesarios para que usted vea a un proveedor fuera de la red. Trabajaremos con su médico de cabecera para conseguirle este referido. No pagará por esta atención.

No necesita un referido de su médico de cabecera para lo siguiente:

- Servicios de emergencia
- Salud conductual
- Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS): incluyen los exámenes anuales y hasta cinco visitas al ginecólogo (GYN) por año
- Exámenes de la vista de rutina
- Clases de educación, incluso clases para padres, para dejar de fumar y sobre el nacimiento
- Especialistas en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica de rutina y preventiva cubiertos
- Visitas al especialista

Defensor de Miembros

El Defensor de Miembros es otra persona de UnitedHealthcare Community Plan que puede ayudarle. El Defensor de Miembros puede hacer lo siguiente:

- Ayudar a nuestro personal y a los proveedores a comprender mejor los valores y las prácticas de todas las culturas a las que prestamos servicios
- Ayudarle a averiguar cómo funcionan las cosas en UnitedHealthcare Community Plan. Esto puede incluir aspectos como presentar una queja formal, cambiar de coordinador de atención u obtener la atención que necesita.
- Referirle al personal adecuado de UnitedHealthcare Community Plan
- Ayudarle a resolver problemas relacionados con su atención

Para comunicarse con el Defensor de Miembros de UnitedHealthcare Community Plan, llame de forma gratuita a UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-542-9238**, TTY **711**. Pida hablar con el defensor de miembros.

Cómo obtener una segunda opinión

Una segunda opinión es cuando usted desea consultar a un segundo médico por la misma inquietud de salud. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red para cualquiera de sus beneficios cubiertos. Esto es una elección personal. No es necesario que obtenga una segunda opinión. Si el tipo de médico que necesita no está disponible dentro de la red para brindarle una segunda opinión, coordinaremos una segunda opinión fuera de la red sin costo para usted.

Autorizaciones previas

En algunos casos, su proveedor debe obtener permiso del plan de salud antes de brindarle determinado servicio. Esto se conoce como autorización previa. Obtenerla es responsabilidad de su proveedor. Si él no obtiene la autorización previa, usted no podrá recibir esos servicios.

No necesita autorización previa para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se realizan en una sala de emergencias, unidad de observación, centro de atención de urgencia o durante una hospitalización. Tampoco necesita una autorización previa para recibir servicios de emergencia, y tampoco la necesita para ver a un proveedor de atención médica de la mujer para recibir servicios de salud de la mujer o si está embarazada. Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.

28 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Es posible que se necesite una autorización previa

Estos son algunos de los servicios que necesitan autorización previa:

- Admisiones hospitalarias
- Determinados procedimientos de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios, incluidos los procedimientos de diagnóstico por imágenes de tomografías por emisión de positrones (positron emission tomography, PET)
- Algunos servicios de equipo médico duradero
- Algunos medicamentos con receta
- Cirugía de pérdida de peso

Todos los servicios no participantes requieren una autorización previa.

Continuidad de la atención si su médico de cabecera abandona la red

A veces, los PCP abandonan la red. Si esto sucede con su PCP, recibirá una carta de nuestra parte donde se le informará al respecto. En ocasiones, UnitedHealthcare Community Plan pagará para que usted obtenga los servicios cubiertos de los médicos durante un breve período después de que estos se retiren de la red. Podría obtener continuidad de la atención y del tratamiento cuando su médico abandona la red si está recibiendo tratamiento activo por un problema médico grave. Por ejemplo, puede reunir los requisitos si recibe quimioterapia para el cáncer o si está embarazada de al menos seis meses cuando su médico abandona la red. Para solicitarlo, comuníquese con su médico. Pídale que le solicite autorización a UnitedHealthcare para continuidad de la atención y del tratamiento.

Si necesita atención cuando está fuera de la ciudad

Hay ocasiones en las que puede estar fuera de Kansas y usted o su hijo necesitan atención. **No** se cubre la atención de rutina/que no sea de emergencia fuera de Kansas. Cualquier servicio médico que reciba en un estado que no sea Kansas, que esté a más de 50 millas de la frontera, requiere una autorización previa a menos que se trate de una emergencia. Usted será financieramente responsable del pago de los servicios fuera de la red que no sean de emergencia si UnitedHealthcare no aprueba la visita o el servicio. Si se encuentra fuera del estado y necesita servicios de atención médica, llame a su médico de cabecera

Visitas al médico

para que le aconseje qué hacer. Si se encuentra fuera del estado y tiene una emergencia, llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación del plan en el hospital. Si le envían una factura por servicios de emergencia recibidos fuera de Kansas, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**.

Servicios de Salud Conductual

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted es elegible para recibir Servicios de Salud Conductual. Estos servicios pueden ayudarle con los problemas personales que pueden afectarles a usted o a su familia, entre los que se incluyen estrés, depresión, ansiedad o consumo de drogas o alcohol.

Para encontrar un proveedor de salud conductual, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Si está pensando en suicidarse, le preocupa un amigo o ser querido, o desea recibir apoyo emocional, la red **988** Lifeline está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana en los Estados Unidos. Llame o envíe un mensaje de texto al **988** o visite [988lifeline.org](https://www.988lifeline.org).

Servicios de transporte (que no sean de emergencia)

El transporte médico está cubierto para ciertos servicios de atención médica. Si no tiene otra forma de ir al médico, vive en una zona sin transporte público, o no puede utilizarlo debido a una afección de salud o a una discapacidad, llame de forma gratuita a Servicios de Transporte al **1-877-542-9238**, TTY **711**. Su traslado será cómodo y seguro. Los miembros menores de 18 años necesitan que un adulto viaje con ellos. Los miembros mayores de 18 años, los menores emancipados y las menores embarazadas pueden viajar solos.

El reembolso de combustible está cubierto para algunos viajes de atención médica y de beneficios de valor agregado. Para ser elegible para el reembolso de combustible, se debe crear un viaje llamando al número gratuito **1-877-542-9238**, TTY **711** al menos una hora antes de que comience el viaje. Para recibir el reembolso, puede completar y enviar un formulario de reembolso de combustible o utilizar la aplicación Modivcare. Si tiene preguntas sobre este programa, llame al número gratuito **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Para programar un traslado o un viaje:

Llame de forma gratuita al **1-877-542-9238**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Llame al menos 3 días hábiles antes de su cita. Se aceptan traslados de atención urgente en el mismo día. Se debe utilizar el medio de transporte más económico que sea apropiado para las necesidades médicas del miembro.

El transporte está disponible para los servicios recibidos dentro del estado de Kansas o dentro de un radio de 50 millas de la frontera de Kansas, siempre y cuando el miembro viaje al proveedor más cercano disponible para su afección médica. El transporte no está cubierto si el miembro elige viajar a otra comunidad para recibir un servicio que está disponible en su comunidad. Los traslados pueden programarse hasta con 30 días de anticipación.

- Proporcióneles la dirección de su proveedor médico
- Dígales si necesita un elevador de silla de ruedas
- También le pedirán lo siguiente:
 - Su número de identificación de Medicaid
 - Su nombre y apellido
 - La dirección del lugar que visitará
 - La hora y el lugar de su cita
 - Su fecha de nacimiento

Cuando llegue el momento de su traslado:

- La empresa de transporte lo llamará para preguntarle si aún necesita el traslado. Luego se le informará el nombre de la empresa que lo recogerá.
- Si necesita ayuda, puede traer a alguien a la cita con usted
- Si su viaje está atrasado, llame de forma gratuita al **1-877-796-5848**, TTY **711**
- Si el viaje a su casa no se ha programado para un horario específico, llame de forma gratuita al **1-877-542-9238**, TTY **711** cuando esté listo para irse a su casa

Si tiene una queja sobre los servicios de transporte, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Hospitales y emergencias

Atención de emergencia

Las salas de emergencias de los hospitales ofrecen tratamiento de emergencia para traumatismos, lesiones graves y síntomas potencialmente mortales. Los motivos para acudir a la sala de emergencias incluyen los siguientes:

- Enfermedades graves
- Fracturas óseas
- Ataques cardíacos
- Intoxicación
- Cortes o quemaduras graves

UnitedHealthcare Community Plan cubre cualquier atención de emergencia que reciba en los Estados Unidos y en sus territorios. Dentro de las 24 horas posteriores a su visita, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**. Si es necesario, también debería llamar a su médico de cabecera e informarle sobre su visita para que pueda brindarle atención de seguimiento.

¿Qué es una emergencia?

Los servicios de emergencia son servicios cubiertos para pacientes internados o ambulatorios, y cumplen con los siguientes requisitos:

1. Los brinda un proveedor calificado para hacerlo en estas condiciones.
2. Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

¡No espere!

Si necesita atención de emergencia, llame al **911** o diríjase al hospital más cercano.

Servicios de atención de mantenimiento y de atención posterior a la estabilización

La atención posterior a la estabilización se refiere a los servicios cubiertos, relacionados con un afección médica de emergencia, que se proporcionan después de que se ha estabilizado a un miembro para mantener dicho estado de estabilización, o en virtud de las circunstancias, a fin de mejorar o curar la afección del miembro.

Atención de urgencia

Las clínicas de atención de urgencia están a su disposición cuando necesita ver a un médico por una afección que no pone en peligro la vida, pero su médico de cabecera no está disponible o el horario de atención de la clínica ha finalizado. Estos son algunos de los problemas de salud frecuentes ideales para la atención de urgencia:

- Dolor de garganta
- Infecciones de oído
- Cortaduras o quemaduras menores
- Gripe
- Febrícula
- Esguinces

Si usted o sus hijos tienen un problema urgente, llame a su PCP primero. Su médico puede ayudarle a obtener la atención adecuada. Es posible que su médico le indique que acuda a la clínica de atención de urgencia o a la sala de emergencias.

Planificar con antelación

Es bueno saber qué clínica de atención de urgencia está más cerca de usted. Puede encontrar una lista de clínicas de atención de urgencia en su Directorio de Proveedores. O puede llamar de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Hospitales y emergencias

Servicios de hospital

Hay ocasiones en las que su salud puede requerir que vaya al hospital. Hay servicios hospitalarios tanto para pacientes internados como para pacientes ambulatorios.

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen radiografías, análisis de laboratorio y cirugías menores. Su médico de cabecera le dirá si necesita servicios ambulatorios. En el consultorio de su médico, pueden ayudarle a programarlos.

Los servicios para pacientes hospitalizados requieren que pase la noche en el hospital. Estos servicios pueden incluir el tratamiento de enfermedades graves, intervenciones quirúrgicas o el nacimiento de un bebé.

Los servicios para pacientes internados requieren que sea admitido (lo que se denomina admisión hospitalaria) en el hospital. El hospital se pondrá en contacto con UnitedHealthcare Community Plan y pedirá autorización para su atención. Si el médico que le admite en el hospital no es su PCP, debe llamar a este profesional y comunicarle que será admitido en el hospital.

Visitas al hospital

Solo debe ir al hospital si necesita atención de emergencia o si su médico le indica que vaya.

Atención dental de emergencia

Su plan cubre los servicios de atención dental de emergencia que reciba para controlar el dolor, la hemorragia o la infección.

Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos y necesita atención médica, los servicios de atención de la salud que reciba no estarán cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. Medicaid no puede pagar los servicios médicos que reciba fuera de los Estados Unidos. Su cobertura finalizará si se muda fuera del país.

Farmacia

Medicamentos con receta

Sus beneficios incluyen medicamentos recetados.

Obtener sus medicamentos recetados es una parte importante de su atención médica. UnitedHealthcare Community Plan considerará para el pago cualquier medicamento que figure en el formulario. Algunos medicamentos pueden requerir autorización previa. Consulte la sección que se encuentra más adelante para obtener información sobre la autorización previa. Puede surtir sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de la red. Para obtener una lista de farmacias de la red, utilice el directorio de proveedores o visite [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/CommunityPlan). Todo lo que debe hacer es mostrar su tarjeta de identificación de miembro.

Aprobación previa (autorización) de medicamentos con receta

Es posible que algunos medicamentos que le recete su proveedor requieran una aprobación previa. Su proveedor de atención médica puede solicitar una aprobación previa en su nombre. Revisaremos su solicitud en un plazo de 24 horas. Si se aprueba la solicitud, se les informará por escrito a usted y a su proveedor de atención médica sobre la decisión, lo que incluye la duración de la aprobación del medicamento. Si se rechaza la solicitud, se les informará por escrito a usted y a su proveedor de atención médica sobre la decisión. En el aviso de la decisión por escrito, se le indicará cómo y cuándo puede apelar esta decisión y cómo presentar una queja o un reclamo ante UnitedHealthcare Community Plan.

Medicamentos genéricos y de marca

UnitedHealthcare Community Plan requiere que todos los miembros usen medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos componentes que los medicamentos de marca, y suelen costar menos, pero funcionan igual.

En algunos casos, se cubre una cantidad limitada de medicamentos de marca. Estos medicamentos requieren autorización previa de UnitedHealthcare Community Plan.

Farmacia

¿Qué es la Lista de Medicamentos Preferidos?

La lista de medicamentos que están cubiertos por este plan se denomina “formulario”. **La Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)** es un subconjunto del formulario. Este es el enlace a la Lista de Medicamentos Preferidos: <https://www.kdhe.ks.gov/DocumentCenter/View/420/Preferred-Drug-List-PDF?bidId>.

Cambios en la Lista de Medicamentos Preferidos

El Departamento de Salud y Medioambiente de Kansas (Kansas Department of Health and Environment, KDHE) revisa la lista de medicamentos cubiertos y puede modificarla regularmente.

Medicamentos de Venta Libre (OTC)

UnitedHealthcare Community Plan también cubre muchos medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC). Un proveedor dentro de la red debe recetarle el medicamento de venta libre que necesita. El suministro está limitado a 30 días. Entonces, todo lo que tiene que hacer es llevar su receta y tarjeta de identificación de miembro a cualquier farmacia de la red para surtir la receta. Los productos de venta libre incluyen los siguientes:

- Analgésicos
- Medicamentos para la tos
- Crema de primeros auxilios
- Medicamentos para el resfrío
- Anticonceptivos

Para obtener una lista completa de los medicamentos de venta libre cubiertos, visite myuhc.com/CommunityPlan. O llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Medicamentos inyectables

Los medicamentos inyectables son medicamentos administrados por inyección y son un beneficio cubierto. En algunos casos, deberá obtener una autorización previa para un medicamento inyectable. Su médico de cabecera puede solicitar que le envíen el medicamento inyectable al consultorio o a su hogar. En algunos casos, su médico le hará una receta para medicamentos inyectables (como insulina) que puede surtir en una farmacia.

Farmacia principal

A algunos miembros de UnitedHealthcare Community Plan se les asignará una farmacia principal (asignación cerrada). En este caso, los miembros deben surtir las recetas en una única farmacia durante un máximo de dos años. Esto se basa en el uso previo de medicamentos, incluido el uso excesivo de beneficios de farmacia, narcóticos, ubicaciones de farmacias y otra información.

A los miembros de este programa se les enviará una carta con el nombre de la farmacia que deben usar. Si recibe esta carta, tendrá 30 días a partir de la fecha de la carta para solicitar un cambio de farmacia. Para cambiar de farmacia durante este período, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**. Después de 30 días de la fecha de la carta, deberá realizar su solicitud por escrito. Envíe su solicitud a:

UnitedHealthcare Community Plan
Pharmacy Department
6860 West 115th Street
Overland Park, Kansas 66211

Beneficios

Beneficios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro del UnitedHealthcare Community Plan, tiene cobertura para los siguientes servicios. (Recuerde mostrar siempre su tarjeta de identificación de miembro actual cuando reciba servicios. Esto confirma su cobertura). Si el proveedor le dice que UnitedHealthcare no cubre un servicio y aun así quiere recibirlo, usted podrá ser responsable del pago. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**. También puede iniciar sesión en myuhc.com/CommunityPlan y buscar en “Benefits” (Beneficios) o usar la aplicación de UnitedHealthcare para obtener más información sobre sus beneficios. Los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios.

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Servicios de dependencia de sustancias químicas y alcohol	Servicios de trastorno por consumo de sustancias en un entorno de tratamiento autorizado por el Departamento de Servicios para Personas Mayores y Discapacitadas de Kansas (Kansas Department for Aging and Disability Services, KDADS). Entre los servicios se incluyen aquellos para pacientes internados y para pacientes ambulatorios.	Con cobertura Es posible que necesite autorización previa.
Servicios de alergia	Los servicios de alergia están cubiertos cuando se facturan con la visita al consultorio.	Con cobertura
Servicios de ambulancia	Tienen cobertura los servicios de transporte de emergencia y que no sea de emergencia en ambulancia.	Con cobertura
Servicios ambulatorios de salud mental y manejo de crisis	Incluye líneas de acceso las veinticuatro (24) horas, estabilización de crisis y manejo de crisis.	Con cobertura

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Anestesia	La anestesia está cubierta con los servicios médicos que se realizan.	Con cobertura
Medicamentos de salud conductual y administración de medicamentos	Evaluación, recetas, mantenimiento de medicamentos psicotrópicos, administración de medicamentos, asesoramiento, educación y pautas.	Con cobertura
Salud Conductual: Pacientes Ambulatorios	Evaluaciones y evaluaciones de admisión, servicios de terapia ambulatoria, que incluye terapia individual, grupal y familiar. Administración de medicamentos y administración de casos específicos. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, comuníquese con Servicios para Miembros.	Con cobertura Se aplican algunas limitaciones.
Transfusiones de sangre	Las transfusiones de sangre, incluidas las transfusiones de sangre autóloga, están cubiertas.	Con cobertura
Tratamiento relacionado con el cáncer	Acceso a cualquier servicio relacionado médicamente necesario. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente: hospitalización, servicios del médico, servicios de otros profesionales médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, quimioterapia y radiación, o atención para enfermos terminales.	Con cobertura
Enfermedad renal crónica/ enfermedad renal terminal (ERT)	Servicios relacionados con la enfermedad renal crónica. Un ejemplo es la diálisis para tratar la nefropatía.	Con cobertura
Suministros para diabéticos	Todos los suministros para diabéticos, incluidos, entre otros, hisopos con alcohol, jeringas, tiras reactivas y lancetas. Los suministros para diabéticos se pueden adquirir en una farmacia participante.	Con cobertura

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Pruebas de diagnóstico	Análisis de laboratorio/patología, radiología (radiografías, tomografía computarizada, imágenes por resonancia magnética, etc.) y otras pruebas de diagnóstico.	Con cobertura Algunas pruebas de diagnóstico requieren autorización previa y siempre deben ser médicamente necesarias.
Servicios alimentarios	Servicios alimentarios médicamente necesarios.	Servicio cubierto para el programa KAN Be Healthy Kids; debe ser el resultado del referido de un examen médico o dental.
Suministros y equipo médico duradero	Equipo y suministros para fines médicos. Pueden incluir, entre otras cosas, lo siguiente: tanques y concentradores de oxígeno; respiradores; sillas de ruedas, muletas y bastones; dispositivos ortopédicos; dispositivos protésicos; marcapasos; alimentación enteral; sistemas de nutrición; suministros para diabéticos; y suministros médicos.	Con cobertura En algunos casos, se requiere autorización previa. Se aplican algunas limitaciones.
Atención de emergencia, posterior a la estabilización y de urgencia	Para una emergencia médica o atención de urgencia. El cuidado posterior a la estabilización es la atención que recibe después de una emergencia para mantenerlo estable. Puede obtener estos servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana en cualquier sala de emergencias.	Cubierto en cualquier lugar de los EE. UU.

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Planificación familiar	<p>Ayuda para tomar decisiones informadas y para evitar los embarazos no planificados. Puede consultar a cualquier proveedor que ofrezca estos servicios. No se requiere un referido. También incluye medicamentos, suministros y dispositivos de planificación familiar. Abarca también, entre otras cosas, píldoras anticonceptivas genéricas, inyecciones anticonceptivas, DIU y diafragma.</p>	<p>Con cobertura</p> <p>Los servicios in vitro y los servicios de tratamiento de la infertilidad no están cubiertos.</p>
Servicios de audición	<p>Incluyen evaluaciones de diagnóstico, visitas preventivas y audífonos.</p> <p>Están cubiertos tanto los audífonos analógicos como los digitales.</p> <p>Los audífonos perdidos, rotos o destruidos se reemplazarán una vez durante un período de cuatro años con una autorización previa.</p> <p>Los audífonos binaurales están cubiertos, pero requieren que se documente la necesidad médica específica.</p> <p>Reparación de audífonos.</p> <p>Baterías para audífonos.</p>	<p>Con cobertura</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>1 visita de rutina cada 12 meses.</p> <p>1 audífono por oído cada 4 años.</p> <p>Con cobertura</p> <p>Con cobertura, pero limitadas a 6 por mes para audífonos monaurales y 12 por mes para audífonos binaurales.</p>
Asesoramiento y pruebas de VIH	<p>El asesoramiento y las pruebas de VIH están cubiertos.</p>	<p>Con cobertura</p>

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS)	Incluyen las siguientes exenciones: personas con discapacidades físicas (Physically Disabled, PD), personas asistidas por tecnología (Technology Assisted, TA), adultos mayores débiles (Frail Elderly, FE), personas con autismo, personas con lesión cerebral (Brain Injury, BI), personas con trastornos emocionales graves (Serious Emotional Disturbance, SED) y miembros del programa Money Follows the Person (MFP). Todos los servicios que los miembros reciben actualmente siguen estando cubiertos.	Todos los servicios de HCBS deben incluirse en el plan de atención/autorización previa del miembro.
Servicios de salud en el hogar	Los servicios en el hogar incluyen visitas de auxiliares, enfermería privada, fisioterapia/terapia ocupacional/terapia del habla, enfermería especializada, trabajadores sociales e infusión a domicilio.	Con cobertura Algunos servicios de salud en el hogar requieren autorización previa y pueden estar sujetos a limitaciones.
Servicios para pacientes terminales	Los servicios para pacientes terminales están cubiertos cuando los solicita un médico calificado.	El paciente debe tener un diagnóstico de enfermedad terminal con un pronóstico de vida de seis (6) meses o menos.
Hospital: Salud Conductual (Behavioral Health, BH) para Pacientes Internados	Los servicios incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios psiquiátricos • Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias • Desintoxicación médica aguda 	Con cobertura Se requiere autorización previa. El hospital debe notificar al Plan.

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Hospital: Pacientes Internados	<p>Atención hospitalaria para pacientes internados. Incluye servicios médicos, quirúrgicos, posteriores a la estabilización, agudos y de rehabilitación.</p> <p>Servicios de maternidad.</p>	<p>Con cobertura</p> <p>El hospital debe notificar al Plan.</p> <p>No menos de 48 horas para un parto vaginal y no menos de 96 horas para un parto por cesárea.</p>
Inmunizaciones	<p>Se incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis A y hepatitis B • Rotavirus • Difteria • Tétanos • Tos ferina • Haemophilus influenzae tipo b (Hib) • Meningocócica • Polio • MMR • Varicela • Influenza • Neumocócica • HPV 	<p>Con cobertura</p>

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
<p>Pruebas de detección KAN Be Healthy</p>	<p>KAN Be Healthy (KBH) es un programa de Medicaid para niños, adolescentes y adultos jóvenes.</p> <p>Todas las personas de 19 años o menos pueden participar en el programa KBH.</p> <p>KBH ofrece cuatro exámenes de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KAN Be Healthy Medical: se ocupa de su cuerpo • KAN Be Healthy Dental: trata los dientes • KAN Be Healthy Vision: se ocupa de la vista • KAN Be Healthy Hearing: brinda atención para los oídos <p>KAN Be Healthy también cubre pruebas y servicios de especialistas para tratar afecciones que se descubrieron en un chequeo.</p> <p>Las limpiezas, los chequeos, las radiografías, los tratamientos con flúor, los selladores dentales y los empastes están cubiertos. Lleve a su hijo al dentista antes de que cumpla un año.</p>	
<p>Servicios de atención a largo plazo/en centros de enfermería</p>	<p>Puede permanecer en su residencia de ancianos actual independientemente del plan KanCare en el que esté inscrito.</p> <p>Si ha calificado para los servicios de atención a largo plazo/en centros de enfermería, tenga en cuenta que es posible que no se apliquen otros beneficios enumerados en este Manual. Deberá revisar el Suplemento de Atención a Largo Plazo/Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad.</p>	<p>Puede encontrar información adicional en el Suplemento de Atención a Largo Plazo/Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad.</p> <p>Llamar a Servicios para Miembros.</p>

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Servicios de Atención para Recién Nacidos	Al menos una visita a domicilio por miembro en los 28 días posteriores a la fecha de nacimiento del recién nacido.	Con cobertura
Transporte que no sea de emergencia	Transporte de ida y vuelta a las citas cubiertas, si usted califica y no tiene otra forma de llegar a la cita.	Con cobertura Se requiere autorización previa para más de 250 millas por trayecto o si se solicitan comidas y alojamiento. Si tiene preguntas, llame al número gratuito 1-877-542-9238 , TTY 711 . Los viajes a la farmacia están cubiertos.
Asesoramiento nutricional	Asesoramiento nutricional.	Con cobertura Niños de 0 a 20 años de edad.
Visitas al médico y ambulatorias	Servicios en un hospital o centro de atención cuando usted permanece menos de un día. Servicios de atención preventiva y de rutina, incluidas visitas al médico, visitas a otros proveedores, planificación familiar, servicios preventivos, visitas a la clínica y a especialistas, además de su fuente de atención primaria designada. Visitas a médicos especialistas. Visitas a la sala de emergencias, incluidos los gastos médicos y hospitalarios.	Con cobertura

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Cirugía Ambulatoria	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: Las cirugías médicamente necesarias están cubiertas cuando se realizan en un centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC) (ASC y ASC de hospital).</p>	<p>Con cobertura</p> <p>Algunas cirugías requieren autorización previa. Trabaje con su médico de cabecera.</p>
Servicios de podología	<p>Los servicios incluirán, entre otros, el tratamiento de afecciones del pie.</p>	<p>Servicio cubierto con las limitaciones indicadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para niños (KAN Be Healthy), una (1) visita integral al año. Se permiten otros servicios si son médicamente necesarios.
Servicios Relacionados con el Embarazo	<p>La atención de maternidad es la atención médica que recibe para usted y su bebé. Esto ayudará a que su bebé tenga la mejor oportunidad de ser fuerte y saludable. Cubriremos todos los servicios de obstetricia durante su embarazo. Los servicios incluyen atención prenatal y posnatal, pruebas, vitaminas prenatales, visitas al médico y otros servicios que afecten los resultados del embarazo.</p>	<p>Con cobertura</p> <p>El plan no puede limitar una estadía hospitalaria a menos de 48 horas después de un parto normal o 96 horas después de una cesárea.</p>
Medicamentos con receta	<p>Medicamentos recetados por su médico que están en la Lista de Medicamentos Preferidos o en el Formulario. Esto incluye educación sobre cómo tomar los medicamentos.</p> <p>Para obtener más información, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al 1-877-542-9238 o visite nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.</p>	<p>Con cobertura</p> <p>Algunos medicamentos requieren autorización previa.</p>

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Servicios Preventivos	Los servicios preventivos incluyen mamografías, pruebas de Papanicolaou, examen colorrectal y un examen de próstata. Esta lista no incluye todos los servicios.	Se aplican las pautas de edad estándar para estos servicios.
Rehabilitación	Incluye terapia física, ocupacional, del habla, del lenguaje, respiratoria y otras.	<p>Con cobertura</p> <p>Debe ser de naturaleza reparadora para los miembros mayores de 21 años. Para niños de 0 a 20 años: la terapia de rehabilitación está cubierta cuando es médicamente necesaria. Debe ser de naturaleza reparadora o puede estar relacionada con una lesión o un episodio agudo.</p> <p>Sin cobertura: Acupuntura, atención quiropráctica/ manipulación de la columna vertebral, terapia de masajes.</p>
Detección, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual	La detección, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual están cubiertos.	Con cobertura

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Servicios prestados por profesionales de nivel medio	Incluye asistentes médicos (Physician Assistant, PA), personal de enfermería registrado avanzado (Advanced Registered Nurse Practitioner, ARNP), personal de enfermería especializado en anestesia (Certified Registered Nurse Anesthetist, CRNA) y personal de enfermería obstétrica.	Con cobertura Puede ser necesaria una autorización previa estándar.
Estudios sobre el sueño	Un entorno hospitalario ambulatorio o una clínica de estudio del sueño.	Servicio cubierto para KAN Be Healthy Kids cuando sea médicamente necesario. Adultos mayores de 21 años si forman parte de la evaluación para cirugía bariátrica.
Asesoramiento para dejar de fumar	Programas para ayudar a dejar de fumar y a mantenerse sin fumar. Los servicios incluyen medicamentos y asesoramiento. Llame a Servicios para Miembros para que lo ayuden a encontrar un programa para dejar de fumar.	La línea de asesoramiento está cubierta.

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
<p>Esterilización e hysterectomías</p>	<p>Servicios para no tener hijos. El plan los cubre una vez que se cumplen los requisitos. Estos son algunos de los requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El miembro tiene, por lo menos, veintiún (21) años de edad en el momento del consentimiento. • El miembro es mentalmente competente. • El miembro otorga el consentimiento informado en el Formulario de Consentimiento Requerido. • Deben pasar al menos 30 días, pero no más de 780 días, entre la fecha del consentimiento informado y la fecha de esterilización, excepto en el caso de un parto prematuro o una cirugía abdominal de emergencia. • El requisito de una esterilización es el correcto llenado del formulario de consentimiento de esterilización exigido por el gobierno federal (se requiere un formulario aparte cuando se realiza una hysterectomía). 	<p>Con cobertura</p> <p>Exclusiones: La hysterectomía NO está cubierta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se realiza con el único o principal motivo de dejar al miembro incapaz de reproducirse de forma permanente. • Si se realiza con el fin de prevenir el cáncer.

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Servicios oftalmológicos	<p>Exámenes de la vista, lentes recetados, anteojos, extracción de cataratas y ojos protésicos si son recetados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen ocular completo y un par de anteojos están cubiertos para los miembros de veintiún (21) años de edad o más, por año. Se realizarán reparaciones según sea necesario. • Anteojos, reparaciones y exámenes según sea necesario para miembros menores de veintiún (21) años de edad. • Exámenes oculares, según sea necesario, para los pacientes después de la cirugía de cataratas hasta un año después de la cirugía y anteojos para los miembros después de la cirugía de cataratas cuando se proporcionen en el plazo de un año después de la cirugía. • Los lentes de contacto y los reemplazos están cubiertos con autorización previa, siempre que estén indicados por un proveedor del plan de salud calificado y siempre que los lentes proporcionen un mejor manejo de algunas afecciones visuales u oculares que el que puede alcanzarse con las lentes de anteojos. • Los ojos artificiales están cubiertos. 	<p>Con cobertura</p>
Cirugía de pérdida de peso (cirugía bariátrica)	<p>Los miembros deben cumplir varios criterios antes de que se les apruebe este procedimiento. Por ejemplo, deben presentar documentación de participación y fracaso en un programa legítimo de pérdida de peso.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener una lista completa de los requisitos.</p>

Notas sobre los beneficios cubiertos

La tarjeta médica cubrirá muchos servicios y artículos. Para que un servicio esté cubierto, debe utilizar un proveedor de Medicaid de Kansas. El tipo de cobertura que usted tiene determinará cómo recibe la cobertura.

Se aplican guías y límites específicos a todos los servicios, y estos cambian con frecuencia. Antes de obtener cualquier servicio o artículo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de KMAP/MCO. Se incluye una lista general de los servicios cubiertos por KMAP/MCO en el sitio web del estado en <https://www.kmap-state-ks.us/Public/Beneficiary/default.asp>.

Medicaid requiere que se aprueben algunos servicios antes de que usted los reciba. Su proveedor sabe qué servicios necesitan autorización previa y es responsable de obtenerla por usted. Medicaid les enviará a usted y a su proveedor una carta en la que se apruebe o rechace la solicitud de autorización previa. **Para obtener más información, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al 1-877-542-9238, TTY 711.**

Beneficios adicionales

Beneficios dentales

Asegúrese de visitar al dentista para realizarse exámenes y limpiezas de rutina cada 6 meses y mantener sus dientes y encías saludables. Muchas enfermedades dentales no producen síntomas en las etapas iniciales y su dentista puede ayudar a identificar problemas menores antes de que se conviertan en problemas importantes. El beneficio dental cubre las limpiezas, los chequeos, las radiografías, los tratamientos con flúor, los selladores dentales, los empastes, las coronas, las dentaduras postizas y las piezas parciales con autorización previa. Para los adultos, los servicios especializados no cubiertos por KanCare (como radiografías especializadas y tratamientos de conducto) pueden cubrirse a través del beneficio de valor agregado de cobertura dental para adultos, hasta \$500 por año.

La salud bucal es crucial para la salud general de su hijo. Los niños con dientes sanos tienen menos probabilidades de tener problemas con la alimentación, el aprendizaje y el desarrollo del habla. Visite al dentista alrededor del primer cumpleaños de su hijo y siga visitándolo cada 6 meses para que le realicen limpiezas y exámenes de rutina.

Para obtener más información sobre sus beneficios dentales de rutina o encontrar la información más actualizada sobre los dentistas de la red, inicie sesión en myuhc.com/CommunityPlan o en la aplicación UnitedHealthcare. También puede llamar de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238, TTY 711.**

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos
Servicios dentales: Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP)	Beneficio integral que incluye prevención, diagnóstico, restauración, prostodoncia, cirugía oral y ortodoncia.
Servicios Dentales: Medicaid para Niños	Beneficio integral que incluye prevención, diagnóstico, restauración, prostodoncia, cirugía oral y ortodoncia.
Servicios dentales: Título 21 Adultos mayores de 21 años	El beneficio dental cubre las limpiezas, los chequeos, las radiografías, los empastes, las coronas, las dentaduras postizas y las piezas parciales con autorización previa.

Servicios de Ortodoncia

Los servicios de ortodoncia requieren autorización previa (PA) y están cubiertos solo para niños elegibles con casos de anomalía dentaria grave causada por una deformidad genética (como labio leporino o paladar hendido), o lesión facial traumática que provoque un deterioro grave de la salud del beneficiario en este momento.

Servicios de Salud Conductual

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Atención de un Auxiliar	Se proporciona a personas que, de otro modo, estarían en un entorno más restrictivo debido a deterioros funcionales significativos que surgen debido a una enfermedad mental identificada. Este servicio le permite a la persona realizar tareas o participar en actividades que normalmente haría por sí misma si no tuviera una enfermedad mental.	Cubierto para personas con enfermedades mentales graves y persistentes (seriously and persistently mentally ill, SPMI)/personas con trastornos emocionales graves (serious emotional disturbance, SED). Se requiere autorización previa.
Coordinación de la atención/ Administración de casos intensivos	Los servicios incluyen evaluación, planificación, asistencia, monitoreo constante y coordinación de servicios de casos, lo que incluye tratamiento de enfermedades y autotratamiento para promover el manejo de la enfermedad y la recuperación.	Cubierto para personas con enfermedades mentales graves y persistentes (SPMI)/personas con trastornos emocionales graves (SED). Se requiere autorización previa.
Tratamiento ambulatorio intensivo por consumo de sustancias	Con el fin de proporcionar estabilización del trastorno por consumo de sustancias así como también para posibilitar que la persona resida en la comunidad o regrese a la comunidad proveniente de un entorno más restrictivo.	Con cobertura Se requiere autorización previa.

Beneficios

Beneficio	Servicios incluidos	Limitaciones
Rehabilitación psicosocial	Servicios de rehabilitación terapéutica diurna para el desarrollo de habilidades sociales, como actividades de desarrollo de habilidades grupales que se enfocan en el desarrollo de habilidades de resolución de problemas, educación sobre medicamentos y control de síntomas, lo que permite que las personas obtengan las habilidades sociales y comunicativas necesarias.	Cubierto para personas con enfermedades mentales graves y persistentes (SPMI)/personas con trastornos emocionales graves (SED). No se requieren autorizaciones.

Nota: No necesita un referido para consultar a un proveedor de salud conductual.

Manejo de enfermedades y administración de la atención médica

Si usted tiene una afección de salud crónica, como asma o diabetes, UnitedHealthcare Community Plan tiene un programa para ayudarle a vivir con su afección y mejorar su calidad de vida. Estos programas son voluntarios y están disponibles para usted. Estos programas le proporcionan información importante sobre su afección médica, medicamentos, tratamientos y la importancia de las visitas de seguimiento con su médico.

Un equipo de profesionales de la enfermería y trabajadores sociales trabajará con usted, su familia, su médico de cabecera, otros proveedores de atención médica y los recursos de la comunidad para diseñar un plan de atención que satisfaga sus necesidades en el entorno más adecuado. También pueden ayudarle con relación a otras inquietudes, como pérdida de peso, cómo dejar de fumar y realizar citas con su médico, y le recordarán los exámenes especiales que podría necesitar.

Usted o su médico pueden llamarnos para preguntar si nuestros programas de administración de la atención o de las enfermedades podrían ayudarle. Si usted o su médico creen que un administrador de atención médica podría ayudarlo, o si desea más información sobre nuestros programas de administración de la atención médica o manejo de enfermedades, llámenos de forma gratuita al **1-877-542-9238**.

Para adultos

Un servicio aprobado en lugar de un servicio (ILOS) es un servicio no cubierto que se puede utilizar como sustituto de un servicio o entorno cubierto. La aprobación de una ILOS es a elección de UnitedHealthcare. Un ILOS debe ser médicamente apropiado y un sustituto rentable de un servicio o entorno cubierto. No se le puede exigir que use un ILOS. Si cree que es posible que necesite un ILOS, puede trabajar con su coordinador de la atención o proveedores para solicitar el ILOS. UnitedHealthcare utilizará el mismo proceso de queja formal y apelación para los servicios de ILOS que para cualquier otro servicio. Un miembro puede cancelar su inscripción en el ILOS en cualquier momento si decide que ya no lo desea.

Beneficios

Para niños

KAN Be Healthy

En Kansas, el programa de detección precoz y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) se denomina KAN Be Healthy (HCY). Este programa proporciona servicios de atención médica integrales y preventivos para niños, adolescentes y adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 21 años.

KBH ofrece cuatro exámenes de detección:

- KAN Be Healthy Medical: se ocupa de su cuerpo
- KAN Be Healthy Dental: trata los dientes
- KAN Be Healthy Vision: se ocupa de la vista
- KAN Be Healthy Hearing: brinda atención para los oídos

KAN Be Healthy también cubre pruebas y servicios de especialistas para tratar afecciones que se descubrieron en un chequeo.

Manténgase saludable con los exámenes regulares de KBH. Los exámenes de KBH se recomiendan: al momento del nacimiento, al mes, a los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses, y luego anualmente de los 3 a los 20 años.

Los exámenes de KBH incluyen evaluaciones físicas, de la vista, auditivas y dentales. Los exámenes de KBH siguen las pautas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos de Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP). Son una herramienta importante en la atención preventiva.

Solicite un examen de KBH cuando llame para programar una cita. KBH le ofrece la atención que necesita para que usted se mantenga saludable:

- Medicamentos recetados y algunos medicamentos de venta libre (con receta)
- Servicios de dietistas
- Traslados al médico
- Suministros y equipos médicos con receta (como suministros para alimentación por sonda)
- Ayuda para niños que están confinados en su hogar debido a problemas de salud a largo plazo
- Asesoramiento
- Exámenes oculares según sea necesario
- Gafas y reparaciones (se aplican algunos límites)
- Pruebas de audición y audífonos (se aplican algunos límites)

- Limpieza dental de rutina y radiografías
- Tratamiento con flúor (se aplican algunos límites)
- Selladores, rellenos y extracción de dientes

En virtud de este programa, se pueden cubrir otros servicios no cubiertos cuando se determine que son médicamente necesarios.

Entre los ejemplos de servicios que pueden estar cubiertos por el EPSDT, si se determina que son médicamente necesarios y económicos, se incluyen los siguientes:

- Servicios de ortodoncia para prevenir enfermedades, promover la salud bucal y restaurar estructuras bucales para la salud y la función. Servicios de ortodoncia con fines estéticos no están cubiertos.
- Servicios oftalmológicos y de audición
- Equipo de rehabilitación, por ejemplo, ayudas para la vida diaria
- Silla de coche adaptada especialmente
- Suplementos nutricionales

La necesidad médica de EPSDT no incluye:

- Tratamientos experimentales o de investigación
- Los servicios o artículos que no se aceptan generalmente como efectivos o que se indican dentro del curso y la duración normales del tratamiento
- No se permiten los servicios para la conveniencia del cuidador o proveedor

Hable con su proveedor si desea acceder a los servicios en virtud del EPSDT. Su proveedor deberá presentar una autorización previa para su revisión.

Mujeres embarazadas

Si cree que está embarazada, comuníquese de forma gratuita con la Cámara de Compensación de KanCare llamando al 1-800-792-4884. Esto le ayudará a asegurarse de recibir todos los servicios que tiene a su disposición.

¿Es un padre nuevo y se siente triste, preocupado, abrumado o preocupado? No está solo. Con ayuda, puede sentirse mejor. Llame o envíe un mensaje de texto al 1-833-TLC-MAMA (1-833-852-6262) para comunicarse con asesores en la Línea directa nacional de salud mental materna.

Beneficios

Healthy First Steps®

Nuestro programa Healthy First Steps garantiza que tanto la madre como el bebé reciban una buena atención de la salud.

Ayudaremos con lo siguiente:

- Recibir buen asesoramiento sobre nutrición, ejercitación y seguridad
- Obtener suministros como extractores de leche para las mamás que amamantan
- Elegir un médico o una enfermera partera
- Programar visitas y exámenes
- Organizar los traslados para asistir a sus visitas médicas
- Conectarse con recursos comunitarios, como servicios para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)
- Recibir atención después del nacimiento del bebé
- Elegir un pediatra (un médico para su hijo)
- Recibir información sobre planificación familiar

Llámenos a la línea gratuita **1-877-813-3417**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes. Es importante que la atención durante el embarazo comience temprano. Asegúrese de asistir a todas sus visitas al médico, incluso si este no es su primer bebé.

Servicios de recursos neonatales

Queremos que su bebé esté saludable. En ocasiones, se necesita atención adicional después del nacimiento de su hijo. Nuestras enfermeras de los Servicios de Recursos Neonatales (Neonatal Resource Service, NRS) la llamarán si su bebé se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Neonatal Intensive Care Unit, NICU). El uso de NRS es voluntario. Forma parte de su plan de beneficios. Si su bebé necesita atención adicional, estamos aquí para usted.

Nuestro personal de enfermería de la NICU tiene muchos años de experiencia. El personal de enfermería de la NICU le brindará la siguiente atención:

- Responderá preguntas sobre su parto y atención del recién nacido
- Brindará información para ayudarla a tomar decisiones
- Trabjará con el centro de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para asegurarse de que usted y su bebé obtengan la atención que necesitan
- La ayudará a hacer un plan para llevar a su bebé al hogar y para cualquier necesidad de atención domiciliaria

- La contactará con los recursos y servicios locales
- Revisará sus beneficios para asegurarse de que usted esté utilizando todos los servicios a su disposición

Herramientas inteligentes para la salud

- Los miembros pueden visitar myuhc.com/CommunityPlan para ayudar a manejar su salud. El sitio le ayuda a mantener una historia clínica. Le enseña cómo trabajar con su médico. También puede hacer un seguimiento de las visitas futuras.
- Los miembros pueden obtener aplicaciones para teléfonos inteligentes, como la **aplicación móvil de UnitedHealthcare®**. Esto le ayuda a llevar un registro de los objetivos de salud y a encontrar un médico.

Para dejar de fumar, puede llamar de forma gratuita a la línea para dejar de fumar KanQuit al 1-800-784-8669 o visitar KSquit.org.

Beneficios de valor agregado

Creemos que la atención incluye más que solo servicios médicos. Ofrecemos beneficios de valor agregado para respaldar su salud y bienestar, que se ofrecen durante el plazo de nuestro contrato. No hay derechos de quejas formales y apelaciones para los beneficios de valor agregado.

Embarazo y madres primerizas

Babyscripts: Las miembros embarazadas pueden unirse al programa Babyscripts. Pueden ganar hasta \$75 en tarjetas de regalo electrónicas de Walmart. Descargue la aplicación de las tiendas Apple o Google Play, luego inscríbese con su número de identificación de miembro.

Recompensa por examen prenatal del primer trimestre: Gane una recompensa* de \$75 por completar un primer examen prenatal, en el primer trimestre o 42 días después de la inscripción. Pídale a su proveedor que nos envíe un formulario de Evaluación de riesgos obstétricos (Obstetric Risk Assessment, OBRAF).

Wellhop: Sesiones prenatales y posparto grupales virtuales. Conversaciones grupales por video con un facilitador capacitado y miembros que cursan la misma etapa de gestación. La miembro puede inscribirse en: momandbaby.wellhop.com/signup.

Cuna plegable: Las miembros embarazadas que asistan a un Baby Shower comunitario participante y completen un formulario de asistencia pueden obtener un pack'n play.

Apoyo nutricional para embarazos de alto riesgo: Las miembros embarazadas, identificadas como de alto riesgo y en coordinación de la atención, reciben apoyo alimenticio. El apoyo alimenticio es para el último trimestre y el primer mes posparto. La miembro recibe \$145 de crédito por mes para usar desde el sitio web designado (solo alimentos saludables disponibles para la compra). La miembro trabaja con un coordinador de atención que determina la necesidad.

* Las tarjetas recargables OTC Network® pueden usarse en tiendas minoristas específicas. Pueden usarse para comprar artículos relacionados con la salud aprobados por los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS). Para activar su tarjeta, consultar su saldo, encontrar una tienda, llame a Servicios para Miembros al: **1-877-542-9238**, TTY **711** o visite www.mybenefitscenter.com.

60 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

NOVEDADES PARA 2025: Recompensa por visita a domicilio: Miembros identificadas con un embarazo de alto riesgo, que completen la visita inicial por parte de nuestro equipo de administración de casos, reciben una recompensa de \$50.* Otras miembros embarazadas que completen una visita a domicilio, por parte de un programa comunitario materno participante local, recibirán la recompensa de \$50* después de que su visitante envíe la información a UnitedHealthcare. Una recompensa por embarazo.

Más cobertura

Atención dental para adultos: Los miembros mayores de 21 años son elegibles para recibir beneficios dentales adicionales que no sean ya cubiertos por KanCare, por hasta \$500 al año. Llame al Servicios para Miembros para solicitar ayuda: **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Servicios oftalmológicos adicionales: Los miembros adultos mayores de 21 años pueden obtener \$60 adicionales para mejorar su marcos, una vez al año. Consulte a su proveedor de la vista. Los proveedores que deseen participar pueden trabajar con Servicios para Proveedores de UnitedHealthcare.

Transporte adicional

24 traslados de ida y vuelta adicionales: Obtenga hasta 24 viajes más (de ida y vuelta) dentro de un radio de 10 millas por año, a lugares como farmacias, supermercados, bancos de alimentos, WIC, clases prenatales, actividades comunitarias, reuniones de grupos de apoyo, entrevistas de trabajo, capacitaciones, asesoramiento profesional o cualquier otro para acceder a los servicios. Llame a ModivCare al 1-877-796-5847 o a Servicios al Miembro al **1-877-542-9238**, TTY **711**, al menos tres días antes de la necesidad.

Nutrición

Clases de nutrición: Complete las clases educativas de Create Better Health SNAP. Obtenga un diario de alimentos y artículos de cocina por un valor de \$50. Una vez que se complete la clase, llame a Servicios al Miembro: **1-877-542-9238**, TTY **711**. Información sobre clases: www.k-state.edu/ks-snaped.

* Las tarjetas recargables OTC Network® pueden usarse en tiendas minoristas específicas. Pueden usarse para comprar artículos relacionados con la salud aprobados por los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS). Para activar su tarjeta, consultar su saldo, encontrar una tienda, llame a Servicios para Miembros al: **1-877-542-9238**, TTY **711** o visite www.mybenefitscenter.com.

Beneficios de valor agregado

Comer con diabetes: Los miembros con diabetes tipo 2 (o sus cuidadores) pueden asistir a una clase de K-State Research and Extension Dining with Diabetes (Comer con diabetes), sin coste alguno. Limitado a un conjunto de clases por año por miembro o cuidador. Para acceder, llame a Servicios para miembros: **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Comidas Posteriores al Alta: Los miembros pueden obtener 14 comidas (2 comidas por día durante 7 días) si han sido dados de alta de un centro médico, tienen necesidades de movilidad, no tienen apoyo familiar y corren riesgo de readmisión debido a problemas nutricionales. Disponible dentro de los 30 días posteriores al alta. Todos los servicios para miembros: **1-877-542-9238**, TTY **711**, o trabaje con su planificador de alta.

Consideración social y bienestar

Avance educativo: Brinda apoyo a los miembros (a partir de los 16 años) con educación como GED, clases de codificación, talleres de redacción de currículums e inglés como segunda lengua (ESL). Cubre hasta \$200. Llame a Servicio para Miembros: **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Actividad saludable para jóvenes y adultos o kit de acondicionamiento físico: Todos los miembros (adultos y jóvenes) puede acceder a una actividad de \$50 en organizaciones participantes, como algunas YMCA, Boy Scouts, Boys & Girls Clubs y parques y centros de recreación. O bien, obtenga un kit de acondicionamiento físico o una pelota deportiva para realizar actividades saludables en su hogar. Para acceder, llame a Servicios para miembros al: **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Recompensas saludables: Gane recompensas* por completar cosas como: Evaluación de salud anual, Visitas de bienestar infantil para niños de 3 a 17 años, asistencia a una reunión del Comité de Asesoramiento para Miembros y a partir de 2025: por dejar de consumir tabaco con servicios cubiertos para dejar de fumar. Los miembros con un coordinador de atención pueden ganar fondos para comprar artículos que respalden la atención. Es posible que se invite a algunos miembros a ganar recompensas por ciertos servicios de salud preventivos. Una vez que un miembro complete una actividad, se enviará una tarjeta por correo o se agregará una recompensa a la tarjeta existente.

* Las tarjetas recargables OTC Network® pueden usarse en tiendas minoristas específicas. Pueden usarse para comprar artículos relacionados con la salud aprobados por los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS). Para activar su tarjeta, consultar su saldo, encontrar una tienda, llame a Servicios para Miembros al: **1-877-542-9238**, TTY **711** o visite www.mybenefitscenter.com.

Ayuda para obtener un teléfono celular: Es un teléfono inteligente gratuito con mensajería ilimitada que está disponible para miembros mayores de 18 años. Límite de un dispositivo por hogar que cumpla con los requisitos de elegibilidad federales. Llame a Servicios para Miembros: **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Artículos escolares: Los miembros que están bajo cuidado de acogida (Foster Care) pueden obtener una caja de artículos escolares por año. Los miembros pueden solicitar a su agencia de cuidado de acogida.

Purificador de aire: Los miembros de hasta 18 años con un diagnóstico de asma pueden solicitar un purificador de aire valuado en \$75. Uno por año. Llame a Servicios para Miembros para solicitar: **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Casco para bicicleta: Los miembros de hasta 18 años pueden solicitar un casco para bicicleta cada año. Llame a Servicios al Miembro para solicitar: **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Frazadas con peso: Los miembros en cuidado tutelar o en las Exenciones de Autismo o SED pueden solicitar una manta pesada, para ayudar con la ansiedad. Una manta por miembro anualmente. Llame a Servicios para miembros para solicitar lo siguiente: **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Recompensa OTC Network® para miembros de condados rurales y fronterizos: Los miembros que viven en los condados rurales y fronterizos (según lo determine el estado de Kansas) pueden recibir una recompensa de \$50* por año: El miembro debe vivir en un condado rural o fronterizo, y:

- Si actualmente se encuentra en una exención: recibirá en febrero
- Si es nuevo en la exención: recibirá un mes después de convertirse en miembro
- Si NO está en una exención, llame a Servicios para miembros para confirmar la dirección y solicitar

* Las tarjetas recargables OTC Network® pueden usarse en tiendas minoristas específicas. Pueden usarse para comprar artículos relacionados con la salud aprobados por los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS). Para activar su tarjeta, consultar su saldo, encontrar una tienda, llame a Servicios para Miembros al: **1-877-542-9238**, TTY **711** o visite www.mybenefitscenter.com.

Beneficios de valor agregado

Programas tecnológicos

Programa On My Way (OMW): Los miembros adultos jóvenes pueden acceder a www.uhcOMW.com. Este sitio web enseña habilidades como administrar dinero, conseguir una vivienda, encontrar capacitación laboral y enviar solicitudes a universidades.

Pyx Health: Los miembros de 18 años o más pueden obtener acceso a asistencia y compañía las 24 horas del día, los 7 días de la semana, utilizando la aplicación móvil Pyx Health. Visite HiPyx.com o descargue la aplicación Pyx Health de las tiendas Apple o Google Play.

Aplicación AbleTo: Una aplicación de cuidado personal para lidiar con el estrés, la ansiedad y la depresión. Descargue la aplicación AbleTo en las tiendas Apple o Google Play y use su número de identificación de Medicaid para acceder.

Supportiv: Apoyo de pares a pedido en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, conversaciones y recursos de chat en grupos pequeños para sobrellevar, resolver problemas y sanar. Disponible para estudiantes de escuela secundaria en los condados de Allen, Ellis, Neosho y Saline, además de la ciudad de Wichita. Los estudiantes pueden visitar www.supportiv.com/Kansas para acceder.

Programas comunitarios

Capacitación en primeros auxilios para la salud mental: Aprenda a identificar, comprender y responder a los signos de enfermedades mentales y consumo de sustancias. Las capacitaciones se ofrecen en inglés y español. UnitedHealthcare intentará llevar a cabo eventos en las principales áreas del estado. Las próximas fechas se pueden encontrar en: www.bit.ly/45qyemn.

NOVEDADES PARA 2025: ATTACH: Membresía anual en un programa de apoyo para el padre, la madre o el cuidador de niños en riesgo de padecer afecciones de salud conductual. Incluye apoyo personalizado, registro en conferencias de ATTACH y acceso a un grupo de apoyo. ATTACH se comunicará para ofrecer el programa a los padres elegibles.

* Las tarjetas recargables OTC Network® pueden usarse en tiendas minoristas específicas. Pueden usarse para comprar artículos relacionados con la salud aprobados por los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS). Para activar su tarjeta, consultar su saldo, encontrar una tienda, llame a Servicios para Miembros al: **1-877-542-9238**, TTY **711** o visite www.mybenefitscenter.com.

64 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Exenciones

Recompensa OTC Network® para miembros con exenciones: Los miembros con exenciones reciben \$50 recompensa*, en febrero o en el segundo mes de convertirse en nuestro miembro. Para activar la tarjeta, consultar el saldo o encontrar una tienda, llame a Servicios para Miembros al: **1-877-542-9238**, TTY **711** o visite www.mybenefitscenter.com.

Acceso a Internet: Los miembros con exenciones pueden ser invitados a recibir servicios de Internet, para completar una actividad de salud específica. Trabaje con su coordinador de atención.

Control de plagas: Los miembros con exenciones que sean propietarios de su hogar pueden obtener servicios de control de plagas. Hasta \$250 anualmente. Trabaje con su coordinador de atención.

Calendario de bienestar: A los miembros inscritos en programas de coordinación de atención, atención integral, embarazo o salud conductual se les enviará por correo un calendario al comienzo de cada año para realizar un seguimiento de sus citas con el médico, medicamentos y eventos sociales. El miembro puede comunicarse con su coordinador de atención si no lo ha recibido.

NOVEDADES PARA 2025: Caja de seguridad para medicamentos: Los miembros inscritos en programas de coordinación de atención, atención integral, embarazo o ciertos programas de salud conductual pueden solicitar una caja de seguridad para medicamentos para ayudar a reducir la sobredosis o el uso indebido intencionales o accidentales. Una caja de seguridad por hogar. El miembro trabaja con su coordinador de atención.

NOVEDADES PARA 2025: Membresía de Walmart+: Miembros adultos con afecciones crónicas o problemas de movilidad, o que están inscritos en programas de coordinación de atención, atención integral, o estén embarazadas, o en programas de salud conductual, pueden obtener una membresía de Walmart+ a través de One Pass™. La membresía incluye: Entrega de comestibles el mismo día (radio de 12 millas de un Walmart), envío sin mínimo, suscripción a streaming de video Paramount+, descuentos de combustible en gasolineras seleccionadas. Los miembros pueden visitar youronepass.com para acceder o llamar a Servicios para miembros para obtener ayuda.

* Las tarjetas recargables OTC Network® pueden usarse en tiendas minoristas específicas. Pueden usarse para comprar artículos relacionados con la salud aprobados por los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS). Para activar su tarjeta, consultar su saldo, encontrar una tienda, llame a Servicios para Miembros al: **1-877-542-9238**, TTY **711** o visite www.mybenefitscenter.com.

Otros detalles del plan

Cómo encontrar un proveedor de la red

Hacemos que encontrar un proveedor de la red sea fácil. Para encontrar un proveedor o una farmacia de la red cerca de usted debe hacer lo siguiente:

Visite myuhc.com/CommunityPlan para obtener la información más actualizada. Haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor”).

Llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**. Podemos buscar proveedores de la red por usted. O, si lo desea, podemos enviarle un Directorio de Proveedores por correo sin cargo en un plazo de 5 días hábiles.

Directorio de Proveedores

Tiene un directorio de proveedores disponible en su área. El directorio incluye nombres, direcciones, números de teléfono, calificaciones profesionales, especialidades y estado de certificación de la junta médica de nuestros proveedores dentro de la red.

La información de los proveedores se modifica con frecuencia. Visite nuestro sitio web para obtener el listado más actualizado en myuhc.com/CommunityPlan. Puede ver o imprimir el Directorio de Proveedores desde el sitio web o hacer clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) para utilizar nuestro directorio de búsqueda en línea.

Si desea recibir una copia impresa de nuestro directorio, llame a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**, y le enviaremos una por correo sin cargo en un plazo de 5 días hábiles.

Servicios de interpretación y asistencia de idiomas disponibles de forma gratuita

If you have trouble hearing, you can get help by phone. Call the TTY Service at TTY 711. Ask them to call Member Services toll-free at 1-877-542-9238. They will connect you to us. **When scheduling an appointment with your doctor,** ask your doctor's office to contact our Provider Services Center at 1-877-542-9235. They can set up the TTY service to use during your visit.

If you don't speak English, you can get help by phone. Call the Member Services Center toll-free at 1-877-542-9238. They can let you speak to someone in your language. **When scheduling an appointment with your doctor,** ask your doctor's office to contact our Provider Services Center toll-free at 1-877-542-9235. The Center will provide a person speaking your language on the phone to help you talk to the doctor.

If you need materials in another language or format. We can get you materials in a language or format that is easier for you, including large print, Braille or audio tapes. Call the Member Services Center toll-free at 1-877-542-9238.

If you want more information. For further details about our free TTY, interpretation services and much more, visit our website at myuhc.com/CommunityPlan.

Spanish (Español):

Si tiene problemas de audición, puede obtener ayuda por teléfono. Llame al Servicio de TTY al TTY 711. Pídale que llamen a Servicios para Miembros al 1-877-542-9238 gratis. Lo conectarán a nosotros. **Cuando programe una cita con su doctor,** pídale en el consultorio de su doctor que se pongan en contacto con nuestro Centro de Servicios para Proveedores al 1-877-542-9235 gratis. Ellos pueden configurar el servicio TTY para usar durante su visita.

Si usted no habla inglés, puede obtener ayuda por teléfono. Llame al Centro de Servicios para Miembros al 1-877-542-9238 gratis. Ellos pueden dejarle hablar con alguien en su idioma. **Cuando programe una cita con su doctor,** pídale en el consultorio de su doctor que se pongan en contacto con nuestro Centro de Servicios para Proveedores al 1-877-542-9235 gratis. El Centro proporcionará una persona que habla su idioma en el teléfono para ayudarle a hablar con el doctor.

Si necesita materiales en otro idioma o formato. Podemos conseguirle los materiales en un idioma o formato que sea más fácil para usted, incluyendo letra grande, Braille o en cintas de audio. Llame al Centro de Servicios para Miembros al 1-877-542-9238 gratis.

Si quiere más información. Para más detalles sobre TTY, interpretación y otros servicios gratuitos, visite nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

Otros detalles del plan

Vietnames (Tiếng Việt):

Nếu gặp khó khăn về thính lực, quý vị có thể được giúp đỡ qua điện thoại. Gọi Dịch Vụ TTY theo số TTY 711. Yêu cầu họ gọi Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-877-542-9238. Họ sẽ kết nối quý vị đến chúng tôi. **Khi lấy hẹn với bác sĩ của quý vị,** yêu cầu văn phòng bác sĩ của quý vị liên lạc với Trung Tâm Dịch Vụ cho Nhóm Chăm Sóc của chúng tôi theo số 1-877-542-9235. Họ có thể sắp xếp dịch vụ TTY để sử dụng trong lần khám.

Nếu không nói tiếng Anh, quý vị có thể được giúp đỡ qua điện thoại. Trung Tâm Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-877-542-9238. Họ có thể cho quý vị nói chuyện với một người nói được ngôn ngữ của quý vị. **Khi lấy hẹn với bác sĩ của quý vị,** yêu cầu văn phòng bác sĩ của quý vị liên lạc với Trung Tâm Dịch Vụ cho Nhóm Chăm Sóc của chúng tôi theo số 1-877-542-9235. Trung Tâm sẽ cung cấp một người nói được ngôn ngữ của quý vị và giúp qua điện thoại để quý vị nói chuyện với bác sĩ của mình.

Nếu quý vị cần các tài liệu bằng ngôn ngữ hoặc dạng khác. Chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng ngôn ngữ hoặc dạng nào dễ dàng cho quý vị, kể cả chữ in to, chữ Braille hoặc băng thâu âm. Trung Tâm Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-877-542-9238.

Nếu quý vị muốn thêm thông tin. Để biết thêm chi tiết về TTY miễn phí, dịch vụ thông dịch và nhiều dịch vụ khác, xin truy cập trang web của chúng tôi tại myuhc.com/CommunityPlan.

German (Deutsch):

Wenn Sie Hörprobleme haben, können Sie telefonisch Hilfe erhalten. Rufen Sie den TTY-Dienst unter TTY 711 an. Bitten Sie um einen gebührenfreien Anruf beim Mitglieder-Service unter 1-877-542-9238. Man wird Sie mit uns verbinden. **Wenn Sie mit Ihrem Arzt einen Termin vereinbaren,** bitten Sie seine Praxis, sich mit unserem Provider Services Center unter 1-877-542-9235 in Verbindung zu setzen. Dort kann man für die Dauer ihres Arztbesuchs den TTY-Dienst einrichten.

Wenn Sie nicht Englisch sprechen, können Sie telefonisch Hilfe erhalten. Rufen Sie das Member Services Center gebührenfrei unter 1-877-542-9238 an. Sie bekommen einen Ansprechpartner, der Ihre Sprache spricht. **Wenn Sie mit Ihrem Arzt einen Termin vereinbaren,** bitten Sie seine Praxis, sich mit unserem Provider Services Center unter 1-877-542-9235 in Verbindung zu setzen. Über das Center bekommen Sie einen telefonischen Ansprechpartner, der Ihre Sprache spricht und Sie beim Gespräch mit Ihrem Arzt unterstützt.

Wenn Sie Material in einer anderen Sprache oder einem anderen Format benötigen. Sie erhalten von uns Material in einer Sprache oder einem Format, mit der bzw. dem Sie besser zurechtkommen, etwa Großdruck, Blindenschrift oder Tonbänder. Rufen Sie das Member Services Center gebührenfrei unter 1-877-542-9238 an.

Wenn Sie weitere Informationen wünschen. Weitere Einzelheiten zu unserem kostenlosen TTY, Dolmetschdiensten und vielem mehr finden Sie auf unserer Website unter myuhc.com/CommunityPlan.

68 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan
o llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

French (Français):

Si vous avez des difficultés d'audition, nous pouvons vous aider par téléphone. Appelez le service TTY au TTY 711. Demandez à l'opérateur d'appeler le Service membres au numéro gratuit 1-877-542-9238. L'opérateur vous mettra en contact avec nous. Lorsque vous prenez un rendez-vous chez votre médecin, demandez au cabinet de votre médecin de contacter notre Centre de services réservés aux prestataires (Provider Services Center) au 1-877-542-9235. Le service TTY peut être mis en place et utilisé au cours de votre visite.

Si vous ne parlez pas anglais, nous pouvons vous aider par téléphone. Appelez le Centre du service membres au numéro gratuit 1-877-542-9238. Le Centre peut vous mettre en contact avec une personne qui parle votre langue. Lorsque vous prenez un rendez-vous chez votre médecin, demandez au cabinet de votre médecin de contacter notre Centre de services réservés aux prestataires (Provider Services Center) au numéro gratuit 1-877-542-9235. Le Centre fera intervenir au téléphone une personne qui parle votre langue pour faciliter votre conversation avec le médecin.

Si vous avez besoin de documentation dans une autre langue ou un autre format. Nous pouvons vous envoyer de la documentation dans une langue ou un format qui vous soit mieux adapté, y compris en gros caractères d'imprimerie, en Braille ou sous forme de bandes audio. Appelez le Centre du service membres au numéro gratuit 1-877-542-9238.

Si vous voulez obtenir de plus amples renseignements. Pour en savoir plus sur le service TTY gratuit, les services d'interprétariat et bien d'autres sujets, consultez notre site Web à l'adresse myuhc.com/CommunityPlan.

Chinese (中文) :

若您有聽力障礙，可透過電話獲取幫助。請撥打 TTY 711 致電聽障專線 (TTY) 服務。要求他們撥打免費電話 1-877-542-9238 致電會員服務部。他們會幫助您與我們聯絡。與您的醫生安排預約時，請您的醫生辦公室撥打 1-877-542-9235 聯絡我們的提供者服務中心。他們可安排您就診期間要使用的聽障專線 (TTY) 服務。

若您不會說英文，您可透過電話獲取幫助。請撥打免費專線 1-877-542-9238 聯絡會員服務中心。他們可以安排一位與您講相同語言的人士和您溝通。與您的醫生安排預約時，請您的醫生辦公室撥打免費專線 1-877-542-9235 聯絡我們的提供者服務中心。中心將安排一名與您講相同語言的人士接聽電話，幫助您與醫生交談。

若您需要其他語言或格式的材料。我們可為您提供更容易閱讀的語言或格式的材料，包括大字版本、盲文或錄音帶。請撥打免費專線 1-877-542-9238 聯絡會員服務中心。

若您想獲得更多資訊。關於聽障專線 (TTY)、口譯服務及更多其他服務的進一步詳情，請造訪我們的網站：myuhc.com/CommunityPlan。

Otros detalles del plan

Korean (한국인):

청취에 어려움이 있는 경우 전화로 도움을 받으실 수 있습니다. TTY 서비스부에 TTY 711번으로 전화하십시오. 그들에게 수신자 부담 1-877-542-9238번으로 가입자 서비스부에 전화를 요청하십시오. 그들이 저희와 연결시켜 드릴 것입니다. 담당 의사와 약속을 잡으실 때에는 담당 의사 사무실에 수신자 부담 1-877-542-9235번으로 제공자 서비스 센터에 연락하도록 요청하십시오. 그들이 귀하의 방문 중에 이용할 TTY 서비스를 설정할 수 있습니다.

영어를 사용하지 않으시는 경우 전화로 도움을 받으실 수 있습니다. 가입자 서비스부에 수신자 부담 1-877-542-9238번으로 전화하십시오. 그들이 귀하가 귀하의 언어로 누군가와 이야기할 수 있도록 할 수 있습니다. 담당 의사와 약속을 잡으실 때에는 담당 의사 사무실에 수신자 부담 1-877-542-9235번으로 제공자 서비스 센터에 연락하도록 요청하십시오. 센터는 전화로 귀하의 언어를 말하는 누군가를 제공하여 귀하가 의사와 이야기하는 것을 도울 것입니다.

다른 언어나 형식의 자료가 필요하신 경우, 큰 활자체, 점자 또는 음성 테이프를 포함하여 귀하에게 더 쉬운 언어 또는 형식의 자료를 제공할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 수신자 부담 1-877-542-9238번으로 전화하십시오.

추가 정보가 필요하신 경우, 우리의 무료 TTY, 통역 서비스 등은 당사의 웹사이트 myuhc.com/CommunityPlan 를 방문하십시오.

Lao (ພາສາລາວ):

ຖ້າທ່ານ ມີ ບັນຫາ ການ ໄດ້ ຍິນ ສຽງ, ທ່ານ ສາ ມາດ ຂໍ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ໂດຍ ທາງ ໂທ ລະ ສັບ ໄດ້. ໂທ ຫາ ຝ່າຍ ບໍ ລິ ການ TTY ທີ່ ເບີ TTY 711. ບອກໃຫ້ພວກເຂົາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເບີ 1-877-542-9238. ພວກເຂົາ ຈະ ເຊື່ອ ມ ຕໍ່ ທ່ານ ຫາ ພວກເຮົາ. **ເມື່ອ ກຳ ນົດ ເວ ລາ ນັດ ໝາຍ ກັບ ທ່ານ ໝ ຂໍ ອງ ທ່ານ**, ໃຫ້ ບອກ ຫ້ອງ ການ ທ່ານ ໝ ຂອງ ທ່ານ ຕິດ ຕໍ່ ຫາ ສນຸ ບໍ ລິ ການ ຜ ູ້ ຫ ບໍ ລິ ການ ຂອງ ພວກ ເຮົາ ທີ່ ເບີ 1-877-542-9235. ພວກ ເຂົາ ສາ ມາດ ຕັ້ງ

ຖ້າທ່ານ ບໍ່ ເວົ້າ ພາ ສາ ອັງ ກິດ, ທ່ານ ສາ ມາດ ຂໍ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ໂດຍ ທາງ ໂທ ລະ ສັບ ໄດ້. ໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເບີ 1-877-542-9238. ພວກ ເຂົາ ສາ ມາດ ໃຫ້ ທ່ານ ລົມ ກັບ ບາງ ຄົນ ເປັນ ພາ ສາ ຂອງ ທ່ານ ໄດ້. **ເມື່ອ ກຳ ນົດ ເວ ລາ ນັດ ໝາຍ ກັບ ທ່ານ ໝ ຂໍ ອງ ທ່ານ**, ໃຫ້ບອກຫ້ອງການທ່ານໝຂອງທ່ານ ຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເບີ 1-877-542-9235. ສນຸ ຈະ ຈັດ ຫາ ບາງ ຄົນ ທີ່ ເວົ້າ ພາ ສາ ຂອງ ທ່ານ ໃຫ້ ທ່ານ ໂທ ລະ ສັບ ເພື່ອ ຊ່ວຍ ທ່ານ ລົມ ກັບ ທ່ານ ໝ .

ຖ້າທ່ານ ຕ້ອງ ການ ເອ ກະ ສານ ເປັນ ພາ ສາ ອື່ນ ຫຼື ຮູບ ແບບ ອື່ນ. ພວກ ເຮົາ ສາ ມາດ ເອົາ ເອ ກະ ສານ ເປັນ ພາ ສາ ຫຼື ຮູບ ແບບ ທີ່ ງ່າຍ ໃຫ້ ທ່ານ ໄດ້, ລວມ ທັງ ການ ພິມ ເປັນ ແຜນ ໃຫຍ່, ຕວີ ໝັ້ນ ສິ ນຸ ຫຼື ເທັບ ສຽງ ເວົ້າ. ໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເບີ 1-877-542-9238.

ຖ້າທ່ານ ຕ້ອງ ການ ຂ ມື້ນ ເພີ່ມ ເຕີມ. ສຳລັບລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບ TTY, ການບໍລິການແປພາສາແບບບໍ່ເສຍ ແ ອື່ນໆອີກ, ໃຫ້ ເ ເ ເວັບ ຊ ພວກ ເ ທີ່ myuhc.com/CommunityPlan.

Arabic (عربي):

إذا كانت لديك مشكلات في السمع، فيمكنك الحصول على المساعدة عبر الهاتف. اتصل بخدمة الهاتف النصي على الرقم 711. اطلب منهم الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المجاني 1-877-542-9238. وسيقومون بتوصيلك إلينا. عند تحديد موعد مع طبيبك، اطلب من عيادة طبيبك الاتصال بمركز خدمات مقدمي الرعاية التابع لنا على الرقم 1-877-542-9235. يمكنك إعداد خدمة الهاتف النصي لاستخدامها أثناء زيارتك.

إذا كنت لا تتحدث اللغة الإنجليزية، فيمكنك الحصول على مساعدة عبر الهاتف. اتصل بمركز خدمات الأعضاء على الرقم المجاني 1-877-542-9238. سيحاولونك تتحدث مع شخص بلغتك. عند تحديد موعد مع طبيبك، اطلب من عيادة طبيبك الاتصال بمركز خدمات مقدمي الرعاية التابع لنا على الرقم المجاني 1-877-542-9235. سيوفر لك المركز شخصًا يتحدث معك بلغتك عبر الهاتف لمساعدتك في التحدث مع طبيبك.

إذا كنت تريد مواد بلغة أخرى أو تنسيق آخر. يمكننا إعطائك مواد بلغة أو تنسيق أسهل بالنسبة لك بما في ذلك الطباعة بالأحرف الكبيرة أو بطريقة برايل أو أشرطة صوتية. اتصل بمركز خدمات الأعضاء على الرقم المجاني 1-877-542-9238.

إذا كنت تريد مزيدًا من المعلومات. لمزيد من التفاصيل حول خدمة الهاتف النصي المجاني وخدمات الترجمة الفورية المجانية وغيرها، تقضل زيارة موقعنا الإلكتروني myuhc.com/CommunityPlan.

Tagalog (Tagalog):

Kung nahihirapan kang makarinig, puwede kang humingi ng tulong sa pamamagitan ng telepono. Tawagan ang Serbisyo sa TTY sa TTY 711. Hilingin sa kanilang tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong libre ang toll na 1-877-542-9238. Iuugnay nag-iiskedkayu nli Inag s aap apmoiinn.t Kmaepnatg s a iyong doktor, hilingin sa tanggapan ng iyong doktor na makipag-ugnayan sa aming Sentro ng Mga Serbisyo ng Provider sa 1-877-542-9235. Maitatakda nila ang serbisyo sa TTY na gagamitin sa iyong pagbisita.

Kung hindi ka nagsasalita ng English, puwede kang humingi ng tulong sa pamamagitan ng telepono. Tawagan ang Sentro ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong libre ang toll na 1-877-542-9238. Mabibigyang-daan ka nilang nag-iiskemdyaukli p nagg a-upspaopin stam weinkta s ma oiy. oKnagp dagoktor, hilingin sa tanggapan ng iyong doktor na makipag-ugnayan sa aming Sentro ng Mga Serbisyo ng Provider sa 1-877-542-9235. Magbibigay ang Sentro ng taong nagsasalita ng wika mo sa telepono para matulungan kang makipag-usap sa doktor.

Kung kailangan mo ng materyales sa ibang wika o format. Maikukuha ka namin ng mga materyal sa wika o format na mas madali para sa iyo, kasama ang malalaking sulat, Braille o mga audio tape. Tawagan ang Sentro ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong libre ang toll na 1-877-542-9238.

Kung gusto mo pa ng impormasyon. Para sa higit pang detalye tungkol sa aming libreng TTY, mga serbisyo ng pagsasalina at marami pa, bumisita sa aming website sa myuhc.com/CommunityPlan.

Otros detalles del plan

Karen (ကရေဂျ):

မကြားရပါက ဖုန်းမှတစ်ဆင့် အကူအညီရယူနိုင်ပါသည်။ TTY ဝန်ဆောင်မှုအတွက် ရယူရန် TTY 711 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ အဖွဲ့ဝင်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ခေါ်ဆိုသူအခမဲ့ဖုန်း 1-877-542-9238 သို့ ခေါ်ဆိုရန် သူတို့ကို တောင်းဆိုပါ။ သူတို့က သင်နဲ့ ကျွန်တော်တို့ကို ဆက်သွယ်ပေးပါလိမ့်မည်။ သင့်ဆရာဝန်နဲ့ ရက်ချနီ ရယူပါက ကျွန်တော်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုစင်တာသို့ 1-877-542-9235 ကို ခေါ်ဆိုဆက်သွယ်ရန် သင့်ဆရာဝန်၏ ရုံးခန်းသို့ တောင်းဆိုပါ။ သင်လာရောက်ပြသချိန် အတွင်း TTY ဝန်ဆောင်မှုကို အသုံးပြုနိုင်ရန် သူတို့က စီစဉ်ပေးပါလိမ့်မည်။

သင်သည် အင်္ဂလိပ်စကား မတတ်ကျွမ်းပါက ဖုန်းမှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်အကူအညီတောင်းခံ နိုင်ပါသည်။ အဖွဲ့ဝင်ဝန်ဆောင်မှုစင်တာသို့ ခေါ်ဆိုသူအခမဲ့ဖုန်း ဖုန်းနံပါတ် 1-877-542-9238 ကို ခေါ်ဆိုပါ။ သင့်ဘာသာစကားကို တတ်ကျွမ်းသူတစ်ဦးနှင့် ပြောဆိုနိုင်ရန် သူတို့က ဆောင်ရွက်ပေးနိုင်ပါသည်။ သင့်ဆရာဝန်နှင့် ရက်ချနီ ရယူသောအခါ ကျွန်တော်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ခေါ်ဆိုသူအခမဲ့ဖုန်း 1-877-542-9235 ကို ခေါ်ဆိုဆက်သွယ်ရန် သင့်ဆရာဝန်ရုံးခန်းအား တောင်းဆိုပါ။ စင်တာမှ သင့်ဆရာဝန်နှင့် ပြောဆိုရာတွင် ကူညီနိုင်ရန် သင့်ဘာသာစကားတတ်ကျွမ်းသူတစ်ဦးကို ရှာဖွေပံ့ပိုးပေးပါလိမ့်မည်။

အခြားဘာသာစကား သို့မဟုတ် ပုံစံရရှိ သာ အရာများလိုအပ်ပါက ကျွန်တော်တို့က ပိုကြီးသောစာလုံးများ၊ မျက်မြင်ဖတ်စာ သို့မဟုတ် အသံခွေများအပါအဝင် သင့်အတွက် ပိုမိုလွယ်ကူစေမယ့် ဘာသာစကား သို့မဟုတ် ပုံစံရရှိ သာ အရာများကို ရှာဖွေပေးနိုင်ပါသည်။ အဖွဲ့ဝင်ဝန်ဆောင်မှုစင်တာသို့ ဖုန်းနံပါတ် ခေါ်ဆိုသူအခမဲ့ဖုန်း 1-877-542-9238 ကို ခေါ်ဆိုပါ။

နောက်ထပ်သိလိုသည်များ ရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ အခမဲ့ TTY အကြောင်း ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုနှင့် အခြားအရာများအကြောင်း အသေးစိတ် ပိုမိုသိရလျှင်ပါက myuhc.com/CommunityPlan သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုနိုင်ပါသည်။

Japanese (日本):

聴き取りづらい方は、電話での補助を利用することができます。TTY 711にてTTYサービスまでご連絡ください。そこでメンバーサービス (1-877-542-9238) へ連絡するようご依頼ください。そこから弊社につながります。担当医への来院を予約する際は、弊社のプロバイダーサービスセンターフリーダイヤル(1-877-542-9235)まで連絡するよう医院にご依頼ください。センターが、お客様の来院中にTTYサービスを利用できるように設定します。

英語をお話しにならないお客様は、電話にて補助を利用することができます。メンバーサービスセンターフリーダイヤル (1-877-542-9238) へご連絡ください。お客様の言語で会話ができるようにセンターがお手伝いします。担当医への来院を予約する際は、弊社のプロバイダーサービスセンターフリーダイヤル(1-877-542-9235)まで連絡するよう医院にご依頼ください。センターが、お客様の言語を話すスタッフを電話口用に用意して、お客様が担当医と会話するのをお手伝いします。

お客様が他の言語や形式による資料を必要とされる場合。お客様にとって、よりご都合の良い言語や形式で資料 (大きい文字、点字、音声テープを含む) をお届けいたします。メンバーサービスセンターフリーダイヤル (1-877-542-9238) へご連絡ください。

さらに詳しい情報が必要な場合。当社の無料 TTY、通訳サービスなどについての詳細は、こちらのウェブサイトをご参照ください。 myuhc.com/CommunityPlan.

Otros detalles del plan

Russian (русский язык):

Если у Вас нарушен слух, Вы можете получить помощь по телефону. Позвоните в службу телетайпа по телетайпу 711. Попросите их позвонить в центр обслуживания участников плана по бесплатному телефону 1-877-542-9238. Они соединят Вас с нами. **Записываясь на прием к врачу,** попросите персонал Вашего врача позвонить в центр предоставления услуг поставщиков по телефону 1-877-542-9235. Они могут настроить услугу телетайпа для использования во время Вашего визита.

Если Вы не говорите по-английски, Вы можете получить помощь по телефону. Обращайтесь в центр обслуживания участников плана по бесплатному телефону 1-877-542-9238. Они предоставят Вам возможность поговорить с кем-то на Вашем языке. **Записываясь на прием к врачу,** попросите персонал Вашего врача позвонить в центр предоставления услуг поставщиков по бесплатному телефону 1-877-542-9235. Центр предоставит человека, который будет говорить на Вашем языке по телефону, чтобы помочь Вам поговорить с врачом.

Если Вам нужны материалы на другом языке или в другом формате. Мы можем предоставить Вам материалы на языке или в формате, который Вам удобнее, в том числе напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Обращайтесь в центр обслуживания участников плана по бесплатному телефону 1-877-542-9238.

Если Вам нужна дополнительная информация. Для получения дополнительной информации о нашем бесплатном телетайпе телетайпе, услугах устного перевода и многого другого зайдите на наш веб-сайт по адресу myuhc.com/CommunityPlan.

Hmong (Lus Hmoob):

Yog hais tias koj muaj teeb meem kev tsis hnov lus zoo, koj muaj peev xwm tau txais kev pab los ntawm xov tooj. Hu rau Lub Chaw Muab Kev Pab Cuam Feem TTY ntawm TTY 711. Thov kom lawv hu rau Lub Chaw Muab Kev Pab Cuam Rau Tswv Cuab (Member Services) tus xov tooj hu dawb ntawm 1-877-542-9238. Lawv mam pab txuas koj nrog peb tham. Thaum teev txog ib qho kev teem caij sib ntsib nrog koj tus kws kho mob, thov kom koj tus kws kho mob lub chaw ua hauj lwm tiv tauj rau peb Tus Kws Muab Kev Pab Kho Mob Lub Chaw Muab Kev Pab Cuam ntawm 1-877-542-9235. Lawv muaj peev xwm teeb tau qhov kev pab cuam feem TTY txhawm rau yuav siv nyob rau ncuca caij nyoog koj qhov kev mus ntsib ntawd.

Yog hais tias koj tsis txawj hais Lus As Kiv, koj muaj peev xwm tau txais kev pab los ntawm xov tooj. Hu rau Lub Chaw Muab Kev Pab Cuam Rau Tswv Cuab (Member Services Center) tus xov tooj hu dawb ntawm 1-877-542-9238. Lawv muaj peev xwm cia koj tham nrog ib tus neeg hais ua koj yam lus. Thaum teev txog ib qho kev teem caij sib ntsib nrog koj tus kws kho mob, thov kom koj tus kws kho mob lub chaw ua hauj lwm tiv tauj rau peb Tus Kws Muab Kev Pab Kho Mob Lub Chaw Muab Kev Pab Cuam tus xov tooj hu dawb ntawm 1-877-542-9235. Lub Chaw Muab Kev Pab Cuam ntawd yuav muab ib tus neeg hais tau koj yam lus nyob rau hauv xov tooj txhawm rau pab koj sib tham nrog koj tus kws kho mob.

Yog hais tias koj xav tau cov ntaub ntawv sau ua lwm yam lus los sis lwm hom ntawv. Peb muaj peev xwm muab tau cov ntaub ntawv rau koj uas sau ua ib yam lus los sis hom ntawv uas yooj yim tshaj rau koj, muaj xam nrog rau cov ntawv sau ua daim loj, Cov Ntawv Xuas (Braille) los sis cov lus kaw ua suab. Hu rau Lub Chaw Muab Kev Pab Cuam Rau Tswv Cuab (Member Services Center) tus xov tooj hu dawb ntawm 1-877-542-9238.

Yog hais tias koj xav paub lus qhia ntxiv. Rau lus qhia meej tseeb ntxiv hais txog ntawm peb qhov TTY pab dawb, cov kev pab cuam ntsig txog kev txhais lus thiab ntau yam ntxiv, mus saib peb lub vas sab (website) tau rau ntawm myuhc.com/CommunityPlan.

Otros detalles del plan

Farsi (فارسی):

دیریگب سامت TTY سیورس داب 711 TTY مرامش داب دینک کمکت ساو خرد نفلت قیر طزا دیناوتی م، دیتسه هی یوانش دل کشم راچد رگا ماگنهر د. دننکی مرار قرد مام داب ار امشد طابتر ا اهنآ. دیریگب سامت «اضعا تامدخ» داب 1-877-542-9238 مرامش داب هک دیهاو خب اهنآ زا دیریگب سامت «دنده هئارات تامدخ زکرم» داب 1-877-542-9235 ناگیار مرامش داب هک دیهاو خب کشز پ ب طمزا، کشز پزان تفرگت تبون دینک هدفنسا TTY سیورس داب هک دیهاو خب مام داب هک دنده هی بیترت دنناوتی م اهنآ.

اضعا تامدخ» داب 1-877-542-9238 ناگیار مرامش داب دینک کمکت ساو خرد نفلت قیر طزا دیناوتی م، ت سینی سیلگنا امشد ن ابز رگا ب طمزا، کشز پزان تفرگت تبون ماگنهر د. دینک تبص دوخ ن ابز مه در فکی داب ات دننک کمکت امشد هی دنناوتی م اهنآ. دیریگب سامت «کی هک دهدی می بیترت «زکرم» دیریگب سامت «دنده هئارات تامدخ زکرم» داب 1-877-542-9235 ناگیار مرامش داب هک دیهاو خب کشز پ دنک کمکت کشز پاب طابتر ا داجیار د امشد هی و دوش رضاحدن نفلت طخ یور امشد ن ابز مه رفن.

حاران اتیار د هک یرگید بلاق این ابز هبت اعلاطا هک میدهی بیترت میناوتیم ام. دیراد زاینر گید بلاق این ابز هبت یرتشیب تا اعلاطا هب رگا سامت «اضعا تامدخ» داب 1-877-542-9235 ناگیار مرامش داب. دسر ب امشد تسد هب، هی تو صدر اون داپل یرب، تشر د پ اچ لاثم، ت سارنت دیریگب.

امت یاسد بو هب، هرگید در او مو و همجرت تامدخ، امن ناگیار TTY مرامش داب رتشیب تا اعلاطا بسک یارب. دیراد زاینر یرتشیب تا اعلاطا هب رگا دینک مام داب myuhc.com/CommunityPlan ی ناشن هب.

Swahili (kiswahili):

Ikiwa una tatizo la kusikia, unaweza kupata msaada kwa kupiga simu. Piga simu kwa Huduma ya TTY kwa TTY 711. Waombe wapigie simu Huduma za Mema bila malipo kwa 1-877-542-9238. Watakuunganisha kwetu. **Unapoweka miadi na daktari wako**, ombe ofisi ya daktari wako iwasiliane na Kituo chetu cha Huduma za Mtoa Huduma kwa 1-877-542-9235. Wanaweza kupanga huduma ya TTY utakayotumia wakati wa ziara yako.

Ikiwa huzungumzi Kiingereza, unaweza kupata msaada kupitia kwa simu. Pigia Kituo cha Huduma za Mema bila malipo kwa 1-877-542-9238. Wanaweza kukuruhusu kuzungumza na mtu anayeelewa lugha yako. **Unapoweka miadi na daktari wako**, iombe ofisi ya daktari wako iwasiliane na Kituo chetu cha Huduma za Mtoa Huduma bila malipo kwa 1-877-542-9235. Kituo kitakupa mtu anayeelewa lugha yako kwenye simu ili akusaidie kuzungumza na daktari.

Ikiwa unahitaji nyaraka katika lugha au umbizo nyingine. Tunaweza kukupa nyaraka kwa lugha au umbizo ambayo ni rahisi kwako, ikiwemo maandishi makubwa yaliyochapishwa, Breli au kanda za sauti. Pigia Kituo cha Huduma za Mema bila malipo kwa 1-877-542-9238.

Ikiwa unataka taarifa zaidi. Kwa maelezo zaidi kuhusu huduma zetu za TTY, ukalimani na mengine mengi bila malipo, tembelea tovuti yetu katika myuhc.com/CommunityPlan.

Si recibe una factura por servicios

Los hospitales y médicos no les pueden enviar facturas a los miembros por servicios cubiertos. Si recibe una factura, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Conserve una copia de la factura. Revisaremos estas facturas para asegurarnos de que los servicios sean beneficios cubiertos. Si están cubiertos, le pagaremos al proveedor de atención médica de inmediato. Si tiene alguna pregunta, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Otro seguro de salud (Coordinación de Beneficios, COB)

Si usted o alguien de su familia tiene otro seguro médico, debe llamar a Servicios para Miembros y notificarnoslo. Por ejemplo, si trabaja y tiene un plan de salud en el trabajo o si sus hijos tienen seguro de su otro padre o madre, llame a Servicios para Miembros.

Si tiene otro seguro, UnitedHealthcare Community Plan y su otro plan de salud compartirán los costos de su atención. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**. Ambos planes no pagarán más del 100% de la factura.

Si pagamos toda la factura y la otra parte debería haber pagado parte de esta, nos comunicaremos con el otro plan. Por ejemplo, si sufre lesiones en un accidente automovilístico, es posible que el seguro de automóvil pague algunas de sus facturas. No recibirá una factura por los servicios cubiertos. Nosotros recibimos la factura. Si recibe una factura por error, **llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al 1-877-542-9238**, TTY **711**.

Renovación de su KanCare

KanCare les informará a los miembros cuándo es el momento de su renovación anual. KanCare utiliza renovaciones para verificar si usted sigue siendo elegible. Esté atento al correo postal de KanCare. Si KanCare solicita información, envíela antes de la fecha límite para evitar perder la cobertura.

Otros detalles del plan

Actualizar su información

Para asegurarse de que la información personal que tenemos sobre usted sea correcta, infórmenos cuando cambie algo de lo siguiente:

- Estado civil
- Dirección
- Nombre del miembro
- Número de teléfono
- Si queda embarazada
- Tamaño de la familia (nacimiento, muerte, etc.)
- Otro seguro médico

Llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**, o a la Cámara de Compensación de KanCare al 1-800-792-4884 si algo de esta información cambia. UnitedHealthcare Community Plan necesita actualizar los registros para informarle sobre nuevos programas, enviarle recordatorios sobre chequeos de salud, enviarle por correo postal boletines informativos para miembros, tarjetas de identificación y otra información importante.

Otro seguro

Si tiene algún otro seguro, llame a Servicios para Miembros y háganoslo saber.

- Si es miembro de KanCare, su otro seguro médico deberá pagar las facturas de atención de la salud primero
- Cuando obtenga atención, siempre muestre ambas tarjetas de identificación de miembro (de UnitedHealthcare Community Plan y de su otro seguro)

Su opinión nos importa

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

- Comuníquese de forma gratuita con Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**
- Escríbanos a:
UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Marketing
6860 West 115th Street
Overland Park, Kansas 66211

Comité de Asesoramiento para Miembros

También tenemos un Comité de Asesoramiento para Miembros que se reúne cada tres meses. La reunión del Comité de Asesoramiento para Miembros es un espacio para que usted haga preguntas, comparta sus opiniones y proporcione sus comentarios con respecto a nuestros servicios y su experiencia con nosotros. Puede ganar una recompensa de \$10 en su tarjeta recargable OTC Network® por asistir. Si desea unirse a nosotros, llame a Servicios para miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Consentimiento informado

Consentimiento significa que usted le dice “sí” al tratamiento. El consentimiento informado significa lo siguiente:

- Que se le explicó el tratamiento y usted lo comprende
- Que usted dijo que sí antes de obtener algún tratamiento
- Que es posible que deba dar su consentimiento por escrito
- Que si no desea recibir el tratamiento, su PCP le informará sobre otras opciones
- Que tiene el derecho de decir sí o no

Privacidad de los registros

UnitedHealthcare Community Plan se toma en serio los problemas de privacidad y las leyes. Contamos con las medidas de seguridad necesarias para proteger su información. No compartimos información privada sin su consentimiento por escrito a menos que exista un motivo legal para hacerlo.

Cómo pagamos a nuestros proveedores

UnitedHealthcare Community Plan les paga a los médicos de cabecera, especialistas, hospitales y demás tipos de proveedores de la red cada vez que estos ven a uno de nuestros miembros. Esto se conoce como pago por servicio. Si tiene alguna pregunta sobre los reembolsos de proveedores o programas de incentivo, puede llamar de forma gratuita a Servicio para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Defensoría de KanCare

El defensor del consumidor de KanCare está disponible para ayudar con sus derechos y responsabilidades a los consumidores que reciben atención a largo plazo y servicios basados en el hogar y la comunidad a través de KanCare. El defensor del consumidor puede ayudarle en las siguientes circunstancias:

- Cuando necesita ayuda con una inquietud o para presentar una queja
- Cuando necesita ayuda con un problema que no puede resolver al hablar con su plan KanCare
- Cuando crea que no está recibiendo la atención que necesita
- Cuando crea que se están violando sus derechos

Llame a este número gratuito para comunicarse con el defensor del consumidor

de KanCare: 1-855-575-0136.

Gestión de la utilización

UnitedHealthcare Community Plan no quiere que reciba muy poca atención o atención que no necesita. También debemos asegurarnos de que la atención que recibe sea un beneficio cubierto. Las decisiones sobre la atención se basan únicamente en la adecuación de la atención y la cobertura. Utilizamos un proceso llamado gestión de utilización (utilization management, UM). Nos ayuda a asegurarnos que reciba la atención adecuada en el momento y lugar correctos.

Solo los médicos y farmacéuticos realizan el proceso de administración de la utilización. No recompensamos a nadie por decir que usted no necesita atención. No damos incentivos a nuestros revisores por decisiones que deriven en una atención insuficiente. Si tiene preguntas sobre la gestión de la utilización, hable con el personal de Administración de Casos de Medicaid. Llame al número gratuito **1-877-542-9238** durante el horario de atención habitual. Se encuentran disponibles servicios de asistencia con el idioma y TTY **711**.

Programa de calidad

Nuestro programa de calidad le puede ayudar a mantenerse saludable al trabajar con su médico. Le recuerda que debe realizarse pruebas preventivas y aplicarse vacunas. Les enviamos recordatorios a usted y a sus proveedores. Estos incluyen pruebas de detección de plomo, pruebas de Papanicolaou, mamografías y vacunas que evitan enfermedades, como poliomielitis, paperas, sarampión y varicela.

UnitedHealthcare Community Plan utiliza los estándares del Conjunto de Datos e Información sobre la Eficiencia de la Atención Médica (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®) para ayudar a evaluar cuán bien llevamos a cabo nuestro programa de calidad. HEDIS proporciona puntuaciones de rendimiento para ayudar a las personas a comparar planes de atención administrada. HEDIS estudia varias áreas, como atención prenatal y prevención de enfermedades.

Otros detalles del plan

UnitedHealthcare Community Plan desea asegurarse de que usted esté satisfecho con los servicios que recibe de su médico y de nosotros. Para lograrlo, observamos los datos de la CAHPS significa Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Esta encuesta incluye preguntas para ver cuán satisfecho está respecto de la atención que recibe. Si recibe una encuesta para miembros por correo, complétela y envíenosla a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Quality
6860 West 115th Street
Overland Park, Kansas 66211

UnitedHealthcare Community Plan observa los resultados del Conjunto de Datos e Información sobre la Eficiencia de la Atención Médica, y la Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica. Luego, compartimos los resultados con nuestros proveedores. Trabajamos con proveedores para asegurarnos de que los servicios contribuyan a su atención de la salud de manera positiva.

Si desea conocer más sobre el programa de calidad, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Seguridad y protección contra la discriminación

La seguridad del paciente es muy importante para nosotros. Aunque no dirigimos la atención, queremos asegurarnos de que nuestros miembros reciben atención segura. Realizamos un seguimiento de la calidad de la atención, desarrollamos guías sobre la atención segura y proporcionamos información sobre la seguridad del paciente. También trabajamos con hospitales, médicos y demás para mejorar la coordinación entre los centros de atención. Si desea obtener más información, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

UnitedHealthcare Community Plan y sus proveedores no pueden discriminar a una persona debido a su edad, raza, origen étnico, sexo o religión. Los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan deben cumplir con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades. No pueden discriminar por motivos de salud o salud mental, necesidad de atención médica ni enfermedades preexistentes. Si considera que ha sido objeto de cualquier forma de discriminación, llame de inmediato de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Guías sobre prácticas clínicas y nueva tecnología

UnitedHealthcare Community Plan les brinda a nuestros proveedores guías clínicas. Estas contienen información sobre la mejor forma de proporcionar atención para algunas afecciones. Cada guía es un estándar de atención en la profesión médica. Esto significa que otros médicos están de acuerdo con ese enfoque.

Si tiene alguna pregunta sobre las guías de prácticas clínicas de UnitedHealthcare Community Plan o le gustaría recibir una copia de las guías, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**. También puede encontrar las guías sobre prácticas clínicas en nuestro sitio web, myuhc.com/CommunityPlan.

Evaluación de nueva tecnología

Algunas prácticas y tratamientos médicos no han probado ser eficaces todavía. UnitedHealthcare Community Plan revisa a nivel nacional las nuevas prácticas, los tratamientos, las pruebas y las tecnologías para decidir sobre la cobertura. Un comité integrado por médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y expertos invitados de UnitedHealthcare Community Plan examina esta información. Ellos toman la decisión final sobre la cobertura. Si desea obtener más información, llámenos de forma gratuita al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

Directrices anticipadas

Usted tiene derecho a tomar decisiones de atención médica incluso cuando no pueda hablar por sí mismo. Puede hacerlo a través de una directriz anticipada. Se trata de una declaración escrita o verbal que se realiza frente a un testigo por anticipado sobre una enfermedad o lesión. Le indica a otros cómo desea que se tomen las decisiones de atención médica cuando no puede informarlas usted mismo.

La ley de Kansas permite dos tipos de Directrices anticipadas:

1. Testamento en vida
2. Poder notarial permanente para decisiones de atención médica

Puede encontrar información y formularios sobre directrices anticipadas en nuestro sitio web. Visite <https://www.uhccommunityplan.com/ks/medicaid/community-plan>. Haga clic en “Advance Directive/Power of Attorney Forms” (Formularios de poder notarial/directriz anticipada). Encontrará un enlace hacia el sitio web del estado de Kansas para obtener más detalles. Puede encontrar más información sobre las directrices anticipadas en: <https://www.kansaslegalservices.org>.

Otros detalles del plan

Testamentos en vida

Un testamento en vida indica el tipo de atención de la salud que desea recibir o no, si no está en condiciones de tomar decisiones usted mismo. Se denomina “testamento en vida” porque entra en vigencia cuando aún está vivo. Puede hablar con un abogado o proveedor para asegurarse de que sus deseos estén claramente expresados.

El artículo 65-28,101 y subsiguientes de la Ley de Muerte Natural de Kansas, Estatutos Anotados de Kansas (Kansas Statutes Annotated, K.S.A.), establece que los adultos tienen derecho a controlar las decisiones para su propia atención médica. Esto incluye el derecho a suspender el tratamiento en caso de una afección terminal. Cualquier adulto puede hacer un testamento en vida. Un testamento en vida debe:

1. Hacerse por escrito
2. Incluir la fecha y la firma del adulto que realiza la declaración
3. Incluir la firma de dos testigos adultos o contar con la certificación de un notario

La ley establece que los familiares por consanguinidad o matrimonio, los herederos o las personas responsables de pagar la atención médica no pueden ser testigos. También se exige que el testamento en vida no tiene vigencia durante el embarazo.

El testamento puede revocarse de tres maneras:

1. Mediante la destrucción de la declaración.
2. Al firmar y fechar una revocación por escrito.
3. Si se habla de la intención de revocar ante un testigo adulto. El testigo debe firmar y fechar una declaración por escrito de que se revocó el testamento.

Antes de que el testamento en vida entre en vigencia, dos médicos deben indicar que el paciente tiene una afección terminal. En la **Ley de Muerte Natural de Kansas**, se describen las obligaciones del médico. Se estipulan sanciones por infracciones de estas leyes. La ley también permite la objeción de conciencia. Un tipo de objeción de conciencia es a nivel institucional, cuando es una política de la institución. Y la segunda es a nivel individual, cuando el médico se opone. No limitamos la cobertura de servicios en función de objeciones de conciencia y, por lo tanto, no se ven afectadas las afecciones ni los procedimientos médicos.

Poder notarial permanente

Un poder notarial permanente para la atención de la salud le permite nombrar a una persona para que tome decisiones médicas si usted no puede hablar por sí mismo. Esto puede incluir decisiones sobre el sostén de la vida. La persona que usted designe se denomina “agente”. Él o ella tiene la capacidad de hablar por usted en cualquier momento en que no pueda tomar sus propias decisiones, no solo al final de su vida. El poder solo entrará en vigencia cuando el adulto esté discapacitado, a menos que indique que entrará en vigencia antes. En el documento, también se indicarán los tratamientos que usted desee evitar.

Puede acceder a los formularios de un poder notarial permanente en Kansas en: <https://www.kansaslegalservices.org/topics/129>.

El poder notarial permanente puede otorgar al agente cualquiera de estos derechos o todos ellos:

1. Dar consentimiento o rechazar el consentimiento para el tratamiento médico
2. Tomar decisiones sobre la donación de órganos, autopsias y disposición del cuerpo
3. Organizar la atención hospitalaria, en hogares para ancianos o para pacientes terminales
4. Contratar o despedir a médicos y otros profesionales de atención médica
5. Firmar autorizaciones y obtener información sobre el paciente

El poder no puede otorgar al agente la facultad de revocar el testamento de vida del adulto en virtud de la Ley de Muerte Natural de Kansas. El proveedor de atención médica que trata a un adulto no puede ser el agente de esa persona, excepto en algunos casos.

El poder notarial permanente debe:

1. Hacerse por escrito
2. Incluir la firma del adulto que realiza la declaración
3. Contener una fecha
4. Incluir la firma de dos testigos adultos o contar con la certificación de un notario

Los familiares por consanguinidad o matrimonio, los herederos o las personas responsables de pagar la atención médica no pueden actuar como testigos.

Al momento en que se redacta el poder, el adulto debe indicar cómo se puede revocar.

Preguntas sobre las directrices anticipadas

¿Puedo cambiar de opinión después de escribir un testamento de vida o un poder notarial permanente?

Sí, puede modificar o cancelar estos documentos en cualquier momento. Los deseos del paciente siempre prevalecen sobre la declaración. Un paciente competente puede revocar su testamento de vida en cualquier momento. Si un paciente es incompetente, se presumirá que la declaración es válida.

¿Qué debo hacer con mi directriz anticipada?

Asegúrese de que alguien, como un proveedor, abogado o familiar, sepa que usted tiene una directriz anticipada. Dígales dónde se encuentra. Considere lo siguiente:

- Si ha otorgado un poder notarial permanente, entréguele una copia a esa persona
- Entregue una copia de su directriz anticipada a su médico
- Conserve una copia de su directriz anticipada en un lugar donde la puedan encontrar fácilmente
- Lleve una tarjeta o nota en su bolso o billetera que indique que usted tiene una directriz anticipada y el lugar donde se encuentra
- Si cambia su directriz anticipada, asegúrese de que su proveedor, abogado o familiar tengan la copia más reciente

¿Cómo puedo realizar una Directriz anticipada?

Puede hablar con su médico o abogado, o visitar <https://www.kansaslegalservices.org> para buscar los formularios de la directriz anticipada y descargarlos.

¿Mi médico debe seguir mi directriz anticipada?

Sí. Tiene derecho a elegir un nuevo proveedor si el que tiene no puede cumplir los deseos de su directriz anticipada debido a objeciones de conciencia. Para obtener más información, pregúntele al personal a cargo de su atención o llame a Servicios para Miembros.

Si cree que su proveedor no cumple con las leyes y normas sobre directrices anticipadas, puede presentar una queja. Llame de forma gratuita a la línea directa de quejas del consumidor al **1-800-324-8680**. También puede presentar una queja ante la Oficina de Aseguramiento de la Atención Médica (Office of Health Care Assurance) del Departamento de Salud (Department of Health, DOH) llamando de forma gratuita al 1-808-692-7227.

¿Debo redactar una directriz anticipada según la ley de Kansas?

No. Si no ha realizado una directriz anticipada, es posible que se tomen las decisiones sobre atención médica por usted.

Directriz anticipada psiquiátrica

Esto le permite decir qué atención psiquiátrica o de consumo de sustancias desea recibir si no puede tomar decisiones. Puede establecer quién desea que tenga un poder notarial para su atención médica. Puede especificar qué tratamientos o medicamentos permitirá cuando no pueda tomar decisiones.

Entregue a su proveedor una copia de este formulario. Él lo compartirá con sus otros proveedores de atención médica. Algunos estados no aceptan la directriz anticipada psiquiátrica. Este es el enlace para acceder a los formularios por estado.

- Directrices anticipadas: <http://www.nrc-pad.org/>

Fraude y abuso

Es un acto delictivo recibir cobertura de KanCare a sabiendas de que se proporcionó información falsa. También es contrario a la ley lo siguiente:

- Ayudar a otra persona a obtener cobertura de KanCare con información falsa
- Tergiversar u ocultar algún hecho que haría que KanCare proporcione cobertura a una persona que no es elegible
- Obtener o ayudar a una persona a que obtenga más beneficios de los que debería recibir
- En el caso de cualquier persona o negocio, realizar una declaración falsa sobre la salud de una persona o su elegibilidad para el seguro

Las sanciones van desde la devolución de los pagos a KanCare y UnitedHealthcare Community Plan hasta la pena de prisión. Se les puede prohibir a los proveedores que participen en el programa KanCare, y también pueden recibir otras sanciones.

Otros detalles del plan

Algunos ejemplos de fraude o abuso son:

- Facturarle o cobrarle por servicios que cubre su plan
- Ofrecerle regalos o dinero para recibir atención
- Ofrecerle servicios, equipos o suministros gratuitos a cambio de su número de identificación de miembro de KanCare
- Brindarle atención que no necesita
- Usar la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan de otra persona

Si sospecha de fraude o abuso por parte de un proveedor, comuníquese con la línea directa de UnitedHealthcare Community Plan al 1-877-766-3844. No tiene que dejar su nombre. Si lo hace, no se le dirá al proveedor que usted llamó.

Si desea comunicarse con el Estado de Kansas, llame a **Control de Fraude** al 1-785-368-6220.

Instrucción sobre el programa de asignación cerrada

Los miembros que reúnan los requisitos para el programa de asignación cerrada serán referidos a un coordinador de atención (care coordinator, CC). El coordinador de atención instruirá al miembro durante 3 meses sobre el uso adecuado de los servicios de atención médica. El coordinador de atención también referirá al miembro a otros servicios de asistencia. Después de esta instrucción, se revisará el uso de los servicios y/o los comportamientos por parte del miembro para decidir si se lo coloca en el programa de asignación cerrada.

Inscripción en el programa de asignación cerrada

El programa de asignación cerrada significa que el miembro debe ver a un solo médico de cabecera (PCP) de asignación cerrada. El médico de cabecera proporciona y/o dirige la atención a los especialistas. Los miembros del programa de asignación cerrada deben utilizar un solo hospital para toda atención que no sea de urgencia. Deben utilizar una sola farmacia para todos los medicamentos. La primera asignación cerrada es de 24 meses, pero puede extenderse. Un miembro del programa de asignación cerrada tendrá que pagar lo facturado cuando elija consultar a un médico de cabecera que no sea el médico de cabecera del programa de asignación cerrada. Esto se denomina facturación del saldo.

Se puede incluir a un miembro en el programa de asignación cerrada por cualquiera de los siguientes motivos:

1. Conducta abusiva o amenazante, como amenazas de daño al personal o a los proveedores
2. Fraude o abuso de beneficios médicos
3. Incumplimiento persistente o uso excesivo de los servicios
4. A pedido de KDADS o KDHE

Cancelación de la inscripción en el programa de asignación cerrada

Cuando un miembro haya completado 24 meses en el programa de asignación cerrada, se revisará su caso. El Comité de Asignación Cerrada puede eximir al miembro del programa de asignación cerrada si se han corregido los comportamientos.

Se enviará al miembro una carta de “Colocación final” con la fecha de exención del programa de asignación cerrada.

Cómo denunciar el abuso, la negligencia y la explotación

Las denuncias de abuso, negligencia y explotación de un adulto o un niño pueden realizarse en el Centro de Denuncias de los Servicios de Protección de Kansas. Ingrese en línea en <http://www.dcf.ks.gov/services/pps/Pages/KIPS/KIPSWebIntake.aspx> o llame al número gratuito 1-800-922-5330.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llámenos al número gratuito 1-877-542-9238, TTY 711.

Los miembros tienen los siguientes derechos:

- Recibir información acerca de UnitedHealthcare Community Plan, nuestros servicios, nuestros proveedores, y los derechos y las responsabilidades del miembro
- Ser tratados con respeto, dignidad y reserva por los proveedores y el personal de UnitedHealthcare Community Plan. Debe mantenerse la privacidad de los tratamientos y las pruebas.
- Expresar sus inquietudes sobre la atención, presentar quejas y apelaciones sobre su plan o atención y obtener respuestas oportunas
- Obtener información sobre las opciones de atención de una manera en la que puedan entender, independientemente del costo o la cobertura
- Participar con su médico y otros cuidadores en las decisiones sobre su atención. Esto incluye el derecho a rechazar tratamientos.
- Recibir información acerca de cualquier tratamiento experimental y negarse a participar en ellos
- Hacer que las decisiones y reclamaciones sobre la cobertura se procesen conforme a las normas reglamentarias
- Redactar una directriz anticipada para manifestar qué atención desean recibir si no pueden expresar sus deseos
- No ser sometidos a ninguna forma de restricción o aislamiento usado como medio de coacción, disciplina, conveniencia, represalia, abuso o abandono
- Obtener una copia de sus registros médicos. Pedir que se modifiquen.
- Usar cualquier hospital o centro para recibir atención de emergencia
- Rechazar cualquier atención a la que se opongan por motivos religiosos
- Expresar sus ideas acerca de los derechos y las responsabilidades de los miembros
- Recibir aviso con al menos 30 días de antelación de cualquier cambio significativo en los procedimientos del plan de salud
- Tener la libertad de ejercer sus derechos sin efectos negativos en la forma en que su proveedor o el plan de salud les tratan
- Solicitar una copia del expediente de su caso de forma gratuita

Los miembros tienen las siguientes responsabilidades:

- Ser conscientes y comprender sus problemas de salud. Participar en el establecimiento de objetivos para el tratamiento.
- Conocer sus beneficios antes de recibir tratamiento
- Ponerse en contacto con un profesional de atención médica adecuado cuando tienen una necesidad médica
- Mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir atención
- Verificar que su proveedor forme parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan
- Obtener información acerca de los procedimientos de UnitedHealthcare Community Plan
- Utilizar los servicios de la sala de emergencias únicamente para una lesión o enfermedad que, si no se trata inmediatamente, podría presentar una amenaza real para su vida o su salud
- Asistir a sus consultas
- Proporcionar la información necesaria para su atención
- Seguir las instrucciones de atención que han acordado con su médico
- Notificar a Servicios para miembros sobre un cambio en la dirección, situación familiar u otra información sobre la cobertura
- Notificar a Servicios para miembros si le roban o pierde su tarjeta de identificación
- Notificar a UnitedHealthcare Community Plan de inmediato si tienen una reclamación de compensación del trabajador, una lesión personal pendiente, una demanda por práctica negligente, o han estado involucrados en un accidente de automóvil. Notificar también inmediatamente al gerente de Responsabilidad de Terceros (third party liability, TPL) de la Unidad Médica de la División de Finanzas de la Atención Médica del Departamento de Salud y Medioambiente de Kansas (Kansas Department of Health and Environment-Division of Health Care Finance, KDHE-DHCF) sobre esta reclamación.
- Nunca proporcionar su tarjeta de identificación a otra persona para su uso

Quejas, apelaciones y audiencias estatales imparciales

Si tiene alguna pregunta sobre quejas, apelaciones o audiencias estatales imparciales, llámenos de forma gratuita al **1-877-542-9238**, TTY 711. También se encuentran disponibles servicios de intérprete sin cargo.

¿Qué es una queja formal?

Una queja formal se da cuando usted no está satisfecho con cualquier asunto que no sea una determinación de beneficios adversa. Si no está de acuerdo con una decisión tomada por UnitedHealthcare, puede presentar una queja formal. Si no está satisfecho o le preocupa la calidad de la atención que recibió, puede presentar una queja formal para que se la remita a nuestro Comité Médico de Revisión Externa por Expertos. Puede presentar una queja formal en cualquier momento.

Aquí le mostramos algunos ejemplos:

- Usted no está conforme con la calidad de su atención o le preocupa
- El médico al que quiere consultar no es un médico de UnitedHealthcare Community Plan
- No puede obtener atención culturalmente competente
- Recibió una factura por un servicio que debería estar cubierto por UnitedHealthcare Community Plan
- Derechos y dignidad
- Cualquier otro problema relacionado con el acceso a la atención

¿Qué debo hacer si tengo una queja formal?

Puede presentar una queja formal si no está de acuerdo con una decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan. Usted o alguien que actúe en su nombre puede presentar la queja. Puede solicitar una queja formal de las siguientes maneras:

Llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al: **1-877-542-9238**, TTY **711**

Por escrito: Grievance and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Vía Internet, en myuhc.com

En persona, durante el horario de atención habitual (de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora del centro), en:

UnitedHealthcare Community Plan – KS
6860 West 115th Street
Overland Park, Kansas 66211

Por fax: 1-801-994-1082

Si necesita ayuda, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**. O en línea en myuhc.com, vaya a “Appeals & Grievance Forms” (Formularios de apelaciones y quejas).

Si otra persona realizará la presentación en su nombre, necesitamos su permiso por escrito. Si es una persona con discapacidades, puede llamar de forma gratuita a UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-542-9238**, TTY **711**, para presentar una queja. Si presenta una queja formal, le enviaremos una carta en un plazo de 10 días calendario para informarle que recibimos su queja. Revisaremos su queja. Le enviaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días de haber recibido su queja. Le enviaremos una carta con la decisión.

¿Qué es una apelación?

Una apelación se produce cuando usted solicita una revisión de una determinación de beneficios adversa. Se genera una determinación de beneficios adversa cuando:

- Denegamos o limitamos un servicio que usted desea
- Reducimos, suspendemos o finalizamos el pago de un servicio que usted está recibiendo
- No autorizamos un servicio en el plazo requerido
- No respondemos una queja o una apelación en el plazo requerido

¿Cómo presento una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan?

Usted o alguien que actúe en su nombre puede presentar una apelación. Puede solicitar una apelación de las siguientes maneras:

Llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al: **1-877-542-9238**, TTY **711**

Por escrito: Grievance and Appeals

P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Otros detalles del plan

En persona, durante el horario de atención habitual (de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora del centro), en:

UnitedHealthcare Community Plan – KS
6860 West 115th Street
Overland Park, Kansas 66211

Por fax: 1-801-994-1082

Tiene sesenta y tres (63) días calendario a partir de la fecha de envío en la notificación de determinación de beneficios adversa para presentar una apelación. Si necesita ayuda, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**. O en línea en myuhc.com, vaya a “Appeals & Grievance Forms” (Formularios de apelaciones y quejas).

Si otra persona realizará la presentación en su nombre, necesitamos su permiso por escrito.

Si presenta una apelación, le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles en la que le informaremos que recibimos su apelación.

Revisaremos su apelación. La persona que revise su apelación será una persona nueva que no la haya revisado previamente y que tenga el nivel adecuado de experiencia clínica. Le enviaremos una decisión en un plazo de 30 días de haber recibido la apelación. La carta le informará el motivo de nuestra decisión. También le informaremos qué debe hacer si no está conforme con la decisión. Cuando se decida con respecto a su apelación, le enviaremos un aviso de resolución de apelación por escrito. Este tendrá la fecha en que se decidió la apelación. Explicará por qué tomamos la decisión y cómo puede revisar el motivo de la decisión.

Puede presentar pruebas que respalden su apelación por escrito. Puede solicitar una copia del expediente de su caso de forma gratuita. También puede solicitar y recibir acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información relevante para su determinación de beneficios adversa. Todo esto es gratuito. Esta información incluye qué información se utilizó para determinar sus necesidades médicas. También incluye los procesos, las estrategias o los estándares utilizados para establecer los límites de la cobertura.

Si desea consultar su expediente del caso antes de su apelación o durante, llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711** para solicitar su expediente del caso. UnitedHealthcare demorará un tiempo en enviar los archivos de su caso una vez que los haya solicitado. Haga su solicitud lo antes posible. Una solicitud oportuna le ayudará a tener el tiempo que necesita para revisar el expediente antes de la resolución de su apelación. Si su apelación se dictamina a su favor, pagaremos dichos servicios.

¿Qué puedo hacer si necesito atención médica inmediata?

Si usted o su médico desean una decisión rápida porque su salud está en riesgo, llame de forma gratuita a Servicio para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**, para solicitar una revisión acelerada. UnitedHealthcare Community Plan le llamará para informarle nuestra decisión en el término de 72 horas de haber recibido su solicitud. Este plazo puede extenderse hasta un máximo de 14 días calendario si usted lo solicita o si demostramos una necesidad de más información y la demora lo beneficia. UnitedHealthcare hará todos los esfuerzos razonables para darle un aviso oral sobre la demora. Las extensiones están aprobadas por el estado de Kansas. Recibirá un aviso del motivo de la extensión si se aprueba.

Recibirá una carta con nuestra decisión y el motivo de la decisión. También le informaremos qué debe hacer si no está conforme con la decisión.

Continuación de la atención

Puede hacer que sus servicios continúen durante una apelación. Los beneficios de la exención continuarán hasta que se tome una decisión si el miembro o su representante presentaron una apelación para los beneficios de exención en un plazo de sesenta y tres (63) días calendario a partir de la fecha de envío en el aviso de determinación de beneficios adversa. Para los miembros que no son exentos, los beneficios continúan hasta que se tome una decisión solo si el miembro o su representante solicitan que los beneficios continúen en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que se envía la notificación de determinación de beneficios adversa o antes de que la notificación de determinación de beneficios adversa indique que sus servicios finalizarán. Los servicios deben haber sido solicitados por un proveedor aprobado.

Apelaciones de HCBS

Si se rechaza su apelación sobre una reducción en los beneficios de exención de HCBS, no tendrá que pagar a UnitedHealthcare Community Plan por los servicios que continuaron durante la apelación, a menos que haya fraude.

Estimación de agotamiento

El incumplimiento por parte de United Healthcare de los requisitos de notificación y plazos mencionados anteriormente significa que se considera que el miembro ha agotado el proceso de apelaciones y el miembro puede iniciar una audiencia estatal imparcial. En estas situaciones, se notificará por escrito al miembro la estimación de agotamiento y los pasos a seguir. No se requiere la recepción de este aviso para que el miembro pueda presentar una solicitud de audiencia estatal imparcial.

Otros detalles del plan

Revisión externa independiente del proveedor por parte de terceros

Un proveedor puede apelar una denegación por parte de UnitedHealthcare Community Plan de un nuevo servicio de atención médica. Si un proveedor apela el servicio denegado, los miembros recibirán una carta del revisor externo que contiene la decisión de revisión externa. A continuación, UnitedHealthcare Community Plan emitirá un aviso que incluya su derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial con respecto a la decisión del revisor externo en un plazo de 33 días calendario a partir de la fecha en la notificación de la MCO de la decisión de revisión externa.

¿Cómo presento una solicitud de audiencia estatal imparcial?

Usted o su representante pueden solicitar a la Oficina de Audiencias Administrativas de Kansas que revise la decisión de UnitedHealthcare Community Plan solicitando una audiencia estatal imparcial.

- Debe completar una apelación de UnitedHealthcare antes de poder solicitar una audiencia estatal imparcial
- La Oficina de Audiencias Administrativas de Kansas debe recibir su solicitud en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha del aviso de resolución de apelación, más 3 días calendario adicionales para permitir el envío de la notificación
- Hay tres maneras de solicitar una audiencia estatal imparcial:
 1. Llame de forma gratuita a UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-542-9238**, TTY **711**
 2. Complete el formulario de solicitud de audiencia administrativa que se encuentra en línea en www.kancare.ks.gov y envíelo por correo a:
Office of Administrative Hearings
1020 S. Kansas Ave.
Topeka, KS 66612
 3. Envíe un fax a la Oficina de Audiencias Administrativas al 785-296-4848

¿Cómo solicito la cancelación de la afiliación en mi plan?

Cancelación de la inscripción

Puede solicitar cancelar su inscripción en UnitedHealthcare Community Plan con o sin causa. Llamando al Centro de Inscripción de Atención Administrada de KanCare al número gratuito 1-866-305-5147. Se deben seguir los procedimientos del programa KanCare para todas las solicitudes de cancelación de inscripción. Se debe admitir su cancelación de inscripción en el archivo de inscripción del estado. Toda solicitud de cancelación de inscripción debe dirigirse a KanCare, ya sea oralmente o por escrito. Nos aseguraremos de que su derecho a cancelar la inscripción no esté restringido de ninguna manera.

Puede solicitar la cancelación de la inscripción **sin causa** en los siguientes momentos:

- Durante su período de inscripción de 90 días calendario
- Durante la inscripción abierta anual

Puede solicitar la cancelación de la inscripción **con causa** en cualquier momento. El Estado decidirá si se debe cancelar la inscripción de un miembro en las siguientes situaciones:

- Usted necesita que los servicios relacionados se presten al mismo tiempo y no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red y su médico de cabecera u otro proveedor determina que recibir los servicios por separado lo sometería a un riesgo innecesario
- Mala calidad de la atención, falta de acceso a los servicios cubiertos en virtud del plan, falta de acceso a proveedores experimentados en el manejo de las necesidades de atención de la salud del miembro
- Se le transfiere a una categoría de elegibilidad médica no incluida en los beneficios
- Ya no reside en el estado de Kansas debido a un traslado fuera del estado o del país
- Ya no es elegible para un programa de asistencia médica de Medicaid
- UnitedHealthcare Community Plan no cubre un servicio que usted necesita por motivos morales o religiosos
- Se le coloca en una instalación correccional para adultos o jóvenes

Glosario/términos importantes

Abuso: hacer daño a una persona a propósito. (Esto incluye gritar, ignorar la necesidad de una persona y tocarla en forma inadecuada.) Para obtener una definición completa de abuso, consulte las reglamentaciones estatales y federales.

Directriz Anticipada: las decisiones que usted toma por adelantado acerca de su atención de la salud en caso de que no pueda hablar por sí mismo. Al hacerlo, su familia y sus médicos sabrán qué decisiones tomaría usted.

Determinación de beneficios adversa: atención proporcionada a personas lo suficientemente enfermas o discapacitadas que requieran:

1. Denegar o autorizar de manera limitada un servicio solicitado, incluidos el tipo o nivel de servicio, los requisitos de necesidad médica, la adecuación, el entorno o la efectividad de un beneficio cubierto.
2. Reducir, suspender o terminar un servicio autorizado previamente.
3. Denegar, total o parcialmente, el pago de un servicio.
4. No proporcionar los servicios de una manera oportuna, según lo define el Estado.
5. Que United Healthcare no actúe dentro de los plazos previstos en las secciones § 438.408(b)(1) y (2) del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), con respecto a la resolución estándar de quejas y apelaciones.
6. Para un miembro que reside en un área rural, rechazar la solicitud del miembro para ejercer su derecho, en virtud de la sección § 438.52(b)(2)(ii) del Título 42 del CFR, de obtener servicios fuera de la red.
7. Rechazar la solicitud de un miembro de disputar una responsabilidad financiera, incluidos los costos compartidos, los copagos, las primas, los deducibles, el coseguro y otras responsabilidades financieras del miembro.

Apelación: solicitud de revisión de una determinación de beneficios adversa.

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

Beneficios: servicios, procedimientos y medicamentos que UnitedHealthcare Community Plan cubrirá para usted.

Enfermera partera certificada (Certified Nurse Midwife, CNM): una persona certificada por el Colegio Estadounidense de Enfermeras Parteras (American College of Nursing Midwives, ACNM) mediante un examen de certificación nacional y matriculada para ejercer por la Junta Estatal de Enfermería.

Obligación del cliente: es el costo compartido en el que un miembro utiliza servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), también conocido como exención de HCBS. Estas personas deben pagar parte de su participación en los costos del cliente a un proveedor.

Administración de casos clínicos: ayuda personalizada por parte del personal de enfermería para ayudar con problemas de salud y beneficios de UnitedHealthcare Community Plan.

Copago: dinero que debe pagar un miembro por un servicio de salud cubierto, cuando se brinda el servicio.

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

Equipo Médico Duradero: equipos y suministros solicitados por un Proveedor de atención médica por un motivo médico para uso repetido.

Servicios de Ambulancia de Emergencia: transporte en ambulancia por una afección de emergencia.

Afección médica de emergencia/emergencia: cambio repentino en el estado físico o mental de una persona. Puede ser una enfermedad, una lesión, un síntoma o una afección (incluido el dolor intenso) del cual una persona razonable podría esperar lo siguiente si no obtiene atención médica de inmediato:

- Que ponga en peligro la salud de la persona; o
- Que ponga en peligro al bebé de una mujer embarazada; o
- Que cause daños graves a las funciones corporales; o
- Que cause daños graves a cualquier órgano o parte del cuerpo; o
- Que provoque la pérdida de la vida o de las extremidades.

Transporte Médico de Emergencia: consulte la definición de Servicios de Ambulancia de Emergencia.

Atención en la Sala de Emergencias: atención que recibe en una sala de emergencias.

Servicios de Emergencia: servicios para tratar una afección de emergencia.

Servicios Excluidos: consulte la definición de Excluidos.

Excluidos: servicios que no cubre KanCare.

Otros detalles del plan

Fraude: un acto falso. (Por ejemplo, si alguien usa su tarjeta de identificación y finge ser usted).

Centros de maternidad independientes: instalaciones obstétricas ambulatorias fuera del hospital. Estos centros cuentan con personal de enfermería registrado para ayudar con los servicios de trabajo de parto y parto, y están equipados para controlar trabajos de parto y partos sin complicaciones y de bajo riesgo.

Queja Formal: expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación de beneficios adversa.

Servicios y Dispositivos de Habilidadación: consulte la definición de Habilidadación.

Habilidadación: servicios que ayudan a una persona a obtener y mantener habilidades y técnicas funcionales para la vida diaria.

Información sobre la Salud: datos sobre su salud y su atención. Puede provenir de UnitedHealthcare o de un proveedor. Puede tratarse de su salud física o mental, o del pago de la atención.

Seguro de Salud: cobertura de los costos de los servicios de atención de la salud.

Embarazo de alto riesgo: se refiere a una circunstancia en la que la madre, el feto o el recién nacido están, o se prevé que estén, en mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto.

Servicios de Salud en el Hogar: servicios de enfermería, asistencia médica en el hogar y terapia; y equipos, dispositivos y suministros médicos que un miembro recibe en su hogar en función de las indicaciones de un médico.

Servicios para Pacientes Terminales: servicios de apoyo y comodidad para un miembro que un médico considere que se encuentra en las últimas etapas de la vida (seis meses o menos).

Atención Hospitalaria de Pacientes Ambulatorios: atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna en él.

Hospitalización: ingresar o permanecer en un hospital.

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

Inmunización: una inyección que lo protege de una enfermedad. Los niños necesitan vacunas a ciertas edades. Estas vacunas, por lo general, se aplican durante las visitas médicas regulares.

Consentimiento Informado: declaración de que acepta el tratamiento médico y comprende los beneficios, riesgos y efectos secundarios.

Proveedores Dentro de la Red: médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para brindar atención a sus miembros.

Paciente Internado: persona que está hospitalizada. O los servicios que recibe después de que lo ingresan en un hospital.

Atención de maternidad: incluye identificación del embarazo, atención prenatal, servicios de trabajo de parto y parto, y atención de posparto.

Medicamento necesario: se refiere a un servicio que:

1. Previene, diagnostica o trata una enfermedad o lesión física o mental; fomenta el desarrollo adecuado, minimiza una discapacidad, o mantiene o recupera la función
2. No puede omitirse sin afectar negativamente el estado del miembro o la calidad de la atención médica
3. Se administra en el entorno más adecuado

Miembro: persona inscrita en KanCare que tiene UnitedHealthcare Community Plan.

Red: médicos, Proveedores de atención médica, Proveedores y hospitales que tienen un contrato con un plan de salud para brindar atención a los miembros.

Proveedor No Participante: consulte la definición de Proveedor Fuera de la Red.

Proveedor Fuera de la Red: un proveedor de atención médica que tiene un acuerdo de proveedores con KanCare, pero que no tiene un contrato con UnitedHealthcare. Es posible que sea responsable de pagar el costo de la atención de Proveedores fuera de la Red.

Paciente Ambulatorio: cuando usted recibe atención que no requiere hospitalización hasta el día siguiente.

Proveedor Participante: consulte la definición de Proveedores Dentro de la Red.

Otros detalles del plan

Responsabilidad del paciente: normalmente se da cuando un miembro se encuentra en un hogar para ancianos u otra institución a largo plazo. Estas personas deben pagar parte de sus ingresos al centro.

Servicios Médicos: servicios de atención de la salud proporcionados por un médico matriculado.

Plan: consulte la definición de Plan de Servicio.

Posparto: el tiempo después del parto.

Preautorización: consulte la definición de Autorización Previa.

Prima: el monto mensual que un miembro paga por el Seguro de Salud. Un miembro puede tener otros costos de atención, incluidos deducibles, Copagos y coseguros.

Atención prenatal: servicios de salud durante el embarazo, que constan de tres componentes principales:

1. Evaluación de riesgo temprana y continua.
2. Promoción y educación de la salud.
3. Monitoreo, intervención y seguimiento médico.

Cobertura de Medicamentos Recetados: medicamentos recetados pagados por su plan de salud.

Medicamentos con Receta: medicamentos solicitados por un profesional de atención médica y proporcionados por un farmacéutico.

Médico General: un médico responsable de controlar y tratar la salud del miembro.

Médico de Cabecera (PCP): una persona que es responsable de la administración de la atención de la salud del miembro. Puede ser alguna de las siguientes personas:

- Persona matriculada como médico alopático u osteopático, o
- Médico definido como asistente médico matriculado, o
- Personal de enfermería certificado.

Autorización previa: el proceso que utiliza su médico para obtener la aprobación de los servicios.

Proveedor o profesional: una persona o un centro que ofrece atención. (Puede ser un médico, una farmacia, un dentista, una clínica, un hospital, etc.)

Directorio de Proveedores: una lista de proveedores que participan en UnitedHealthcare Community Plan para encargarse de sus necesidades de salud.

Referido: se da cuando su médico de cabecera le envía a un especialista de la red.

Servicios sin Referidos: servicios para los cuales no necesita un referido de su médico de cabecera.

Servicios y Dispositivos de Rehabilitación: consulte la definición de Rehabilitación.

Rehabilitación: servicios que ayudan a una persona a recuperar y mantener habilidades y técnicas funcionales para la vida diaria que se han perdido o disminuido.

Plan de Servicio: una descripción escrita de los servicios de salud cubiertos y otros apoyos, que pueden incluir los siguientes:

- Objetivos individuales;
- Servicios de apoyo familiar;
- Coordinación de la atención; y
- Planes para ayudar al miembro a mejorar su calidad de vida.

Atención de Enfermería Especializada: servicios especializados proporcionados en su hogar o en un hogar para ancianos por parte de personal de enfermería o terapeutas matriculados.

Unidad de necesidades especiales (Special Needs Unit, SNU): un servicio para ayudarle a utilizar sus beneficios si tiene una discapacidad u otra necesidad especial.

Especialista: cualquier médico que tiene una capacitación especial para tratar una afección.

Pago deducible no cubierto: un pago deducible no cubierto es similar a un deducible del seguro. El miembro es responsable del monto del pago deducible no cubierto y Medicaid paga las facturas médicas que superen ese monto. Se puede establecer un pago deducible no cubierto para usted si está en uno o más de los siguientes grupos: mujeres embarazadas, niños menores de 19 años, personas mayores de 65 años, personas con discapacidad según lo determinado por el Seguro Social. Las personas en cuidados a largo plazo no suelen tener un pago deducible no cubierto.

Atención de Urgencia: atención para una enfermedad, una lesión o una afección lo suficientemente grave como para que requiera atención inmediata, pero no lo suficientemente grave como para que requiera atención en la sala de emergencias.

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de Privacidad

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1 de enero de 2024

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

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

La información médica es información sobre su salud o servicios médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso de prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Le notificaremos si ocurre una filtración de su información médica.

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con los siguientes:

- Usted o su representante legal.
- Determinados organismos gubernamentales. Para verificar que estemos cumpliendo con las leyes de privacidad.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información médica para ciertos propósitos. Estos pueden ser para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información médica de la siguiente forma.

- **Para recibir un pago.** Para procesar pagos y pagar reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o manejo de la atención.** Para ayudar con su atención. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con un hospital en el que se encuentre, para ayudar a proporcionarle atención médica.

- **Para operaciones de atención de la salud.** Para realizar sus operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o manejo de la enfermedad disponible para usted. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proporcionarle información sobre programas o productos relacionados con la salud.** Podemos brindarle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Si recibe un seguro de salud a través de su empleador, podemos darle la inscripción, la cancelación de la inscripción y el resumen de la información médica a su empleador. Podemos proporcionar otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información médica genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos enviarle recordatorios de citas e información sobre sus beneficios para la salud.
- **Para comunicaciones con usted.** Podemos ponernos en contacto con usted en relación con sus beneficios del seguro de salud, atención de la salud o pagos.

Podemos recopilar, usar y compartir su información médica de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.** Para cumplir con las leyes que nos corresponden.
- **Para las personas que participan en su atención.** Un familiar u otra persona que le ayude con su atención médica o que pague su atención. También puede ser un familiar en una emergencia. Esto puede suceder si no puede decirnos si podemos compartir su información médica o no. Si no puede informarnos lo que desea, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte podemos compartir información médica con familiares o amigos que ayudaron con su atención o pagaron por su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Por ejemplo, para evitar la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para denunciar abuso, abandono o violencia doméstica.** Podemos compartir la información solo con determinadas entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de un organismo de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a un organismo autorizado por ley a recibir la información médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Por ejemplo, para responder a una orden o a una citación judicial.

Otros detalles del plan

- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** A organismos de salud pública o del orden público, por ejemplo, en caso de emergencia o desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Para uso militar y de veteranos, seguridad nacional o determinados servicios de protección.
- **Para indemnización de trabajadores.** Si sufrió una herida en el trabajo o para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad o afección médica. También podemos utilizar la información médica para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Por ejemplo, a un forense o examinador médico que pueda ayudar a identificar a la persona que murió, por qué murió o para cumplir con una determinada ley. También podemos proporcionar la información médica a directores de funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Por ejemplo, para ayudar en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Para personas que están detenidas, por ejemplo: (1) para proporcionar atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales.** Para brindarle servicios, en caso de que sea necesario. Estas son compañías que nos prestan servicios. Estas compañías aceptan proteger su información médica.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información de salud que se enumera a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Trastorno por consumo de alcohol y sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/sida
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos recetados
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su información médica según se describe en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, excepto en algunos casos permitidos por la ley. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información médica a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información médica en determinadas listas de correo de comercialización. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del seguro de salud.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación para tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas que ayudan con su atención o pagan por su atención. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para que limitemos el uso o la divulgación debe hacerse por escrito.
- **Solicitar el envío de comunicaciones confidenciales** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud según lo permitan las leyes estatales y federales. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación.
- **Ver u obtener una copia** de determinada información médica. Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle por las copias. Podemos negar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá presentar la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que solicita el cambio. Responderemos su solicitud en el momento en que debamos hacerlo en virtud de la ley. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si rechazamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información médica.

Otros detalles del plan

- **Recibir un informe** de la divulgación de su información médica en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá las ocasiones en que compartimos la información médica por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En algunos estados, puede tener derecho a solicitar que eliminemos** su información médica. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información médica. Responderemos su solicitud en el momento en que debamos hacerlo en virtud de la ley. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo usar sus derechos

- **Para comunicarse con su plan de salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o quiere ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446** o TTY/RTT **711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Para presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja a la dirección arriba mencionada.

También puede notificarlo al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

¹Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Información Médica se aplica a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

ESTE AVISO LE INFORMA CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1 de enero de 2024

Nosotros² protegemos su “información financiera” (financial information, “FI”) personal. La información financiera personal es información no médica. Le identifica y no está generalmente disponible al público.

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera a partir de sus solicitudes o formularios. Esta puede incluir nombre, dirección, edad y número del seguro social.
- Obtenemos información financiera a partir de sus transacciones con nosotros u otras personas. Puede ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de información financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso a su información financiera a empleados y proveedores de servicios, y mantenemos salvaguardas para protegerla.

Otros detalles del plan

Preguntas sobre este aviso

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

² Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a los planes de salud afiliados a UnitedHealth Group y a las siguientes 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; USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solo tiene vigencia donde se exige por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros de atención de la salud en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

110 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan o llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**.

La discriminación es ilegal. La compañía cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, creencias religiosas o políticas, o sexo (incluidas la orientación, expresión identidad de género).

Tiene derecho a presentar un reclamo por discriminación si cree que le hemos tratado de manera discriminatoria. Puede presentar un reclamo y solicitar ayuda para presentar un reclamo en persona, o por correo postal, teléfono, o correo electrónico a la siguiente dirección:

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

En línea: hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Por teléfono: Línea gratuita **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD)

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

Si necesita ayuda con su reclamo, llame a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Proporcionamos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidense calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)

Ofrecemos también servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**, de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes.

ATTENTION: If you speak English language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-542-9823, TTY 711**.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, los servicios de asistencia de idiomas están disponibles para usted sin cargo. Llame al **1-877-542-9238, TTY 711**.

LƯU Ý: Nếu quý vị nói **tiếng Việt (Vietnamese)**, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số **1-877-542-9238, TTY 711**.

注意：如果您說**中文 (Chinese)**，您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-877-542-9238**，**聽障專線 (TTY) 711**。

HINWEIS: Wenn Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Rufen Sie **+1 877-542-9238, TTY 711** an.

참고: **한국어 (Korean)**를 구사하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-542-9238(TTY 711)**번으로 전화하십시오.

wrong: ເຊິນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າ**ພາສາລາວ (Laotian)**, ພວກເຮົາມີບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃດໆໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໂທຫາ **1-877-542-9238, TTY 711**.

إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجاناً. اتصل على الرقم **1-877-542-9238** الهاتف النصي **711**

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may magagamit kang mga serbisyo na pantulong sa wika, nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-542-9238, TTY 711**.

သတိမူရန်-အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာ (ဗမာ) **(Burmese)** စကားပြောလျှင် ဘာသာစကားဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့မှု ဝန်ဆောင်မှုများကို သင်အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ **1-877-542-9238၊ TTY 711** သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

ATTENTION : si vous parlez **français (French)**, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le **1-877-542-9238, ATS 711**.

注意：日本語 **(Japanese)** を話される場合は、言語支援サービスを無料でご利用頂けます。電話番号**1-877-542-9238**、または**TTY 711**にご連絡ください

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите **по-русски (Russian)**, Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика. Звоните по телефону **1-877-542-9238, TTY 711**.

LUS TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais lus **Hmoob (Hmong)**, peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau **1-877-542-9238, TTY 711**.

توجه: اگر به زبان فارسی **(Farsi)** صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان به شما ارائه خواهد شد. لطفاً با شماره تلفن **1-877-542-9238, TTY 711** تماس بگیرید.

TANABAHI: Ikiwa unazungumza **Kiswahili (Swahili)**, huduma za usaidizi wa lugha zinapatikana kwako bila malipo. Piga simu kwa **1-877-542-9238, TTY 711**.



Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-542-9238**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan
6860 West 115th Street
Overland Park, Kansas 66211

myuhc.com/CommunityPlan

Número gratuito **1-877-542-9238**, TTY **711**

United
Healthcare®
Community Plan

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

