



New York



Le damos la bienvenida a la comunidad

**Manual para miembros del Programa UnitedHealthcare Dual Complete
NY-Y001 (HMO D-SNP)
Medicaid Advantage Plus (MAP)**

**United
Healthcare®**
Community Plan

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Números de teléfono importantes

Departamento de Servicios para Miembros 1-866-547-0772

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,
del 1 de abril al 30 de septiembre
Los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,
del 1 de octubre al 31 de marzo

TTY/TDD (para personas con problemas de audición) **711**

Su médico de cabecera Consulte su tarjeta de identificación
de United Healthcare Community Plan

Línea de enfermería 1-877-597-7801

Departamento de Autorización Previa 1-866-362-3368

Departamento de Farmacia 1-800-310-6826

Transporte 1-866-932-7740

Departamento de Salud del estado de Nueva York (Quejas) 1-800-206-8125

New York Medicaid CHOICE 1-800-505-5678

**Línea directa del programa Growing Up Healthy del estado
de Nueva York 1-800-522-5006**

Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York . . 1-800-342-3736

Departamentos de Servicios Sociales de los condados del norte:

Departamento de Servicios Sociales del condado de Erie **1-716-858-8000**

Departamento de Servicios Sociales del condado de Genesee **1-585-344-2580**

Departamento de Servicios Sociales del condado de Monroe **1-585-753-2760**

Departamento de Servicios Sociales del condado de Niagara **1-716-439-7600**

Departamento de Servicios Sociales del condado de Orleans **1-585-589-7000**

Departamento de Servicios Sociales del condado de Wyoming **1-585-786-8900**

Índice

Le damos la bienvenida al Programa UnitedHealthcare (UHC) Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) Medicaid Advantage Plus	4
Ayuda de Servicios para Miembros	4
Elegibilidad para la inscripción en el Programa MAP	5
Servicios cubiertos por el Programa UHC Dual Complete NY-Y001 MAP	9
Deducibles y copagos para los servicios cubiertos por Medicare	9
Servicios de administración de la atención	9
Servicios cubiertos adicionales	11
Servicios de Medicaid que no están cubiertos por nuestro plan	20
Servicios que no están cubiertos por UHC Dual Complete NY-Y001 o Medicaid	21
Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas	22
Sección 1: Solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)	22
Sección 2: Apelaciones de nivel 1 (también conocidas como apelaciones a nivel de plan)	28
Sección 3: Apelaciones de nivel 2	32
Sección 4: Apelaciones externas solo para Medicaid	33
Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan	35
Cancelación de la inscripción en el Programa UHC Dual Complete NY-Y001 MAP	38
Otros detalles del Plan	41
Competencia cultural y lingüística	41
Derechos y responsabilidades de los miembros	41
Directrices Anticipadas	43
Información disponible a pedido	43
Opción de aviso electrónico	44
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	45

Bienvenido al Programa UnitedHealthcare (UHC) Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) Medicaid Advantage Plus

Bienvenido al Programa UnitedHealthcare (UHC) Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) Medicaid Advantage Plus (MAP). El Programa MAP está diseñado para personas que tienen Medicare y Medicaid, y que necesitan servicios de salud y servicios y apoyos comunitarios a largo plazo (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS), como atención médica en el hogar y cuidado personal, para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le informa sobre los beneficios adicionales que cubre UHC Dual Complete NY-Y001, ya que está inscrito en el Programa UHC Dual Complete NY-Y001 MAP. También le indica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar la inscripción en dicho programa. Los beneficios descritos en este manual son adicionales a los beneficios de Medicare descritos en la Evidencia de Cobertura de Medicare de UHC Dual Complete NY-Y001. Conserve este manual junto con la Evidencia de Cobertura de Medicare de UHC Dual Complete NY-Y001. Debe conocer los servicios cubiertos y cómo obtener estos servicios.

Ayuda de Servicios para Miembros

En Servicios para Miembros, hay alguien que puede ayudarle:

- Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Llame al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**
Si nos llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

Línea de enfermería fuera del horario de atención

Si tiene preguntas sobre su atención de la salud y no puede comunicarse con su administrador de la atención antes de las 8:30 a.m. o después de las 5:00 p.m., de lunes a viernes, siempre puede llamar a nuestra Línea de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y hablar directamente con un miembro del personal de enfermería. Llame al **877-597-7801**, TTY/TDD **711**.

Bienvenido a UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001

Servicios de interpretación

UHC Dual Complete NY-Y001 entiende que nuestros miembros son parte de una población con necesidades únicas, culturas diferentes y desafíos educativos. Nuestros representantes de Servicios para Miembros hablan una amplia variedad de idiomas, pero si usted necesita un idioma que nuestro personal desconoce, puede solicitar un traductor y accederemos a una línea de servicios de traducción para asistirlo con la llamada. También podemos brindarle información escrita en los idiomas más comunes de nuestros miembros. La interpretación oral de los materiales de UHC Dual Complete NY-Y001 también está disponible para los miembros en diferentes idiomas.

Servicios para las personas con problemas visuales, de audición y con discapacidades del desarrollo

El plan proporciona un número TTY/TDD 711 para las personas con problemas del habla y la audición, el cual se comunica con el equipo de Servicios para Miembros para brindar asistencia a los miembros. Se entregarán manuales para miembros en Braille, en letra grande y en disco compacto (CD) para aquellos miembros con problemas visuales. También se puede leer la información a los miembros, en caso de ser necesario. Servicios para Miembros se ocupará de otras necesidades a medida que surjan, incluso aquellas relacionadas con discapacidades físicas o del desarrollo. El personal de Servicios para Miembros brindará apoyo adicional para aquellos miembros que lo necesiten, incluso asistencia para realizar llamadas y para comunicarlos con su equipo de coordinación de la atención.

Elegibilidad para la inscripción en el Programa MAP

MAP es un programa para personas que cuentan con Medicare y Medicaid. Es elegible para inscribirse en el Programa MAP si cumple **todos** los requisitos siguientes:

1. Tiene **18** años o más.
2. Reside en el área de servicio del plan, que es el condado de Erie, Genesee, Monroe, Niagara, Orleans y Wyoming.
3. Tiene Medicaid.
4. Tiene evidencia de cobertura de la Parte A y B de Medicare.
5. Es elegible para recibir el nivel de atención de una residencia de ancianos (en el momento de la inscripción) según la Evaluación de Salud Comunitaria (Community Health Assessment, CHA).
6. En el momento de la inscripción, puede regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin que esto represente un peligro para su salud y seguridad o se encuentra en una residencia de ancianos de forma permanente.
7. Se espera que requiera al menos uno de los siguientes servicios y apoyos comunitarios a largo plazo (CBLTSS) cubiertos por el plan Medicaid Advantage Plus durante más de 120 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
 - a. Servicios de enfermería en el hogar
 - b. Terapias en el hogar
 - c. Servicios de asistencia médica en el hogar

6 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**.
Visítenos en línea en myuhc.com/CommunityPlan.

Bienvenido a UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001

- d. Servicios de atención personal (PCS) en el hogar (Nivel 2)*
- e. Atención de la salud diurna para adultos
- f. Servicios privados de enfermería
- g. Servicios de atención personal dirigidos por el consumidor

8. Debe inscribirse en el plan UHC Dual Complete NY-Y001 Medicare Advantage Dual Special Needs.

* El nivel 2 requiere asistencia física con las actividades de la vida diaria.

Los servicios como las tareas domésticas y las compras no satisfacen la necesidad de servicios de nivel 2.

Hay más información disponible en el título 18, sección 505.14.

Debe elegir uno de los médicos del plan para que sea su médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP). Si más adelante decide cambiar su plan de Medicare, también tendrá que cancelar su inscripción en UHC Dual Complete NY-Y001.

Igualdad de acceso a la inscripción

UHC Dual Complete NY-Y001 aceptará inscripciones de personas elegibles en el orden en que se reciban, sin restricción y sin tener en cuenta la edad, sexo, raza, credo, discapacidad física o mental/discapacidad del desarrollo, origen nacional, orientación sexual, tipo de enfermedad o afección, necesidad de servicios de salud de la persona elegible o la Tasa de Capitación que UHC Dual Complete NY-Y001 recibirá por dicha persona elegible. Los solicitantes no pueden ser discriminados por su estado de salud ni por la necesidad o los costos de los servicios cubiertos.

UHC Dual Complete NY-Y001 pagará directamente a los proveedores de la red por cada servicio autorizado y que se le proporcione sin copago ni costo para usted. Si recibe una factura por servicios cubiertos autorizados por UHC Dual Complete NY-Y001, no es responsable de pagar la factura. Comuníquese con su administrador de la atención.

Debe elegir uno de los médicos del plan para que sea su médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP). Si más adelante decide cambiar su plan de Medicare, también tendrá que cancelar su inscripción en UHC Dual Complete NY-Y001 MAP.

La cobertura explicada en este manual entrará en vigencia a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en el Programa UHC Dual Complete NY-Y001 MAP. La inscripción en el Programa MAP es voluntaria.

Bienvenido a UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001

Programa New York Independent Assessor (NYIAP): proceso de evaluación inicial

El NYIAP llevará a cabo una evaluación inicial para las personas que hayan expresado interés en inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo. El proceso de evaluación inicial incluye completar lo siguiente:

- **Evaluación de salud comunitaria (CHA):** la CHA se utiliza para determinar si necesita atención personal o servicios de atención personal dirigidos por el consumidor (personal care or consumer directed personal assistance services, PCS/CDPAS), y es elegible para la inscripción en un plan de atención administrada a largo plazo (Managed Long Term Care, MLTC).
- **Cita clínica y orden del médico (Practitioner Order, PO):** esta PO documenta su cita clínica e indica lo siguiente:
 - Usted necesita ayuda con las actividades diarias.
 - Su afección médica es estable y puede recibir PCS o CDPAS en su hogar.

El NYIAP programará tanto la cita clínica como la CHA. Un miembro del personal de enfermería registrado y capacitado completará la CHA. Una vez que se realice la CHA, un médico del NYIAP completará una cita clínica y una PO unos días después.

Anualmente, dado que está inscrito en MLTC, UHC Dual Complete NY-Y001 volverá a evaluarlo para asegurarse de que sus necesidades aún cumplan los requisitos de elegibilidad del programa MLTC. UHC Dual Complete NY-Y001 utilizará los resultados de la CHA y la PO para determinar qué tipo de ayuda necesita y crear su plan de atención. Si su plan de atención recomienda PCS o CDPAS durante más de 12 horas por día en promedio, se necesitará una revisión independiente del Panel de Revisión Independiente (Independent Review Panel, IRP) del NYIAP. El IRP es un panel de profesionales médicos que revisará su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica necesaria. Si se necesita más información, es posible que un miembro del panel solicite hacerle una evaluación o analizar sus necesidades con usted. El IRP hará una recomendación a UHC Dual Complete NY-Y001 sobre si el plan de atención satisface sus necesidades.

Una vez que el NYIAP haya completado el proceso de evaluación inicial y haya determinado que usted es elegible para la atención administrada a largo plazo de Medicaid, podrá elegir en qué plan de atención administrada a largo plazo desea inscribirse. Debido a que también está inscrito en Medicare para este mismo plan, ha elegido combinar sus beneficios e inscribirse en UHC Dual Complete NY-Y001.

Inscripción en UHC Dual Complete NY-Y001

La cobertura que se explica en este manual entrará en vigencia a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en el plan UHC Dual Complete NY-Y001 MAP. La inscripción en este plan MAP es voluntaria. Su fecha de cobertura prevista se indicará en su Acuerdo de Inscripción. En general, la cobertura comienza el primer día del mes posterior a la firma del Acuerdo de Inscripción. Si es la primera vez que necesita servicios de atención comunitarios a largo plazo de Medicaid, personal de enfermería registrado del Centro de Evaluación e Inscripción sin Conflictos (Conflict-Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) del estado de Nueva York le hará una evaluación. El personal de enfermería determinará si usted es elegible para recibir servicios de atención a largo plazo.

Bienvenido a UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001

Como parte del proceso de inscripción, y después de la llamada telefónica para una evaluación inicial de la membresía, personal de enfermería registrado de UnitedHealthcare irá a su hogar. Durante esta reunión, ocurrirá lo siguiente:

- Se debe realizar una evaluación integral de la salud dentro de los treinta (30) días posteriores a su solicitud de inscripción.
- Se evaluará la seguridad de su hogar.
- Se explicarán las reglas y responsabilidades de la membresía del plan. Se proporcionará asistencia para completar el proceso de inscripción.
- Una vez que el personal de enfermería registrado complete la evaluación, un agente autorizado de Medicare del estado de Nueva York se comunicará con usted para explicarle los beneficios de Medicare y completar una solicitud de Medicare para inscribirlo en UHC Dual Complete NY-Y001.

Denegación de la inscripción

UnitedHealthcare puede decidir que un solicitante no es elegible para inscribirse en nuestro Programa MAP si no cumple los requisitos de edad, no es residente de las áreas de servicio de UnitedHealthcare o no es elegible para Medicaid. Si no cumple los requisitos de elegibilidad, UnitedHealthcare recomendará la denegación de su inscripción al Distrito Local de Servicios Sociales (Local District of Social Services, LDSS), si decide no retirar su solicitud. Solo el LDSS puede denegar la inscripción y le notificará sus derechos.

Para retirar su solicitud o acuerdo de inscripción, debe indicar sus deseos verbalmente o por escrito antes del mediodía del día 20 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción; luego se le enviará un acuse de recibo por escrito del retiro. Si el día 20 del mes cae un fin de semana o un día feriado, la fecha pasa al viernes anterior al día 20 del mes.

Si se determina que usted no es clínicamente elegible para UHC Dual Complete NY-Y001, se le informará y podrá retirar su solicitud. La inelegibilidad clínica significa que, según la evaluación realizada por el personal de enfermería registrado de UnitedHealthcare, usted no cumple uno o más de los siguientes requisitos:

- No cumple los requisitos de salud y seguridad.
- No necesita servicios de atención comunitarios a largo plazo durante más de 120 días.
- No necesita un nivel de atención de una residencia de ancianos.

Si no retira su solicitud, esta se procesará como una denegación propuesta, pendiente de revisión por parte del LDSS.

Tarjeta de identificación de miembro del plan

Recibirá su tarjeta de identificación de UHC Dual Complete NY-Y001 dentro de los 14 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de su inscripción. Verifique que toda la información de su tarjeta sea correcta. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación en todo momento junto con su tarjeta Medicaid. Si pierde o le roban su tarjeta, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**.

Servicios cubiertos por el Programa UHC Dual Complete NY-Y001 MAP

Deducibles y copagos para los servicios cubiertos por Medicare

Muchos de los servicios que recibe, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, las visitas al médico, los servicios de emergencia y las pruebas de laboratorio, están cubiertos por Medicare y se describen en la Evidencia de Cobertura de Medicare de UHC Dual Complete NY-Y001. El Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura de Medicare de UHC Dual Complete NY-Y001 explica las reglas para usar los proveedores del plan y obtener atención en caso de emergencia médica o en caso de necesitar atención urgente. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura de Medicare de UHC Dual Complete NY-Y001, en la columna “Lo que deberá pagar cuando reciba estos servicios cubiertos”. Dado que se ha inscrito en UHC Dual Complete NY-Y001 y tiene Medicaid, UHC Dual Complete NY-Y001 pagará estos montos en su nombre. No debe pagar estos deducibles ni copagos, salvo los que se aplican a algunos artículos de farmacia.

Si existe una prima mensual para los beneficios (consulte el Capítulo 1 de la Evidencia de Cobertura de Medicare de UHC Dual Complete NY-Y001), no deberá pagar esa prima debido a que tiene Medicaid. Además, cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare, pero que sí están cubiertos por Medicaid. Las secciones a continuación explican qué se cubre.

Servicios de administración de la atención

Como miembro de nuestro plan, obtendrá servicios de administración de la atención. Nuestro plan le proporcionará un administrador de la atención que es un profesional de la salud, generalmente personal de enfermería o un trabajador social. Su administrador de la atención trabajará con usted y su médico para decidir qué servicios necesita y crear un plan de atención. Además, también programará citas para cualquier servicio que necesite y organizará el transporte para recibir esos servicios. Su equipo de administración de la atención estará formado por su administrador de atención, personal de enfermería registrado para hacer evaluaciones, trabajadores sociales, su PCP personal y otro personal de UHC Dual Complete NY-Y001. El personal que puede participar en su atención puede incluir defensores de Servicios para Miembros, farmacéuticos, un director clínico y un director médico. Un beneficio importante de inscribirse en UHC Dual Complete NY-Y001 es que se le asignará un administrador

de la atención que será responsable de administrar todos sus servicios. El administrador tendrá experiencia clínica sobre sus afecciones de salud crónicas y le ayudará a obtener la atención adecuada, incluidos los servicios de atención a largo plazo. Un miembro del personal de enfermería registrado es un miembro importante de su equipo de servicios de administración de la atención y hará visitas periódicas a su hogar para reevaluar su afección. Su administrador de la atención trabajará con usted para ayudarle a administrar su afección crónica y vivir en su hogar de la forma más independiente posible, durante el mayor tiempo posible, con el objetivo de mejorar su funcionalidad y su calidad de vida. Asimismo, continuará administrando su atención si también necesita atención en una residencia de ancianos. Su administrador de la atención se elegirá, según la disponibilidad, para que pueda satisfacer mejor sus necesidades individuales culturales y lingüísticas.

Cómo puede ayudarlo su administrador de la atención

Completará una evaluación individual e integral de su salud y de sus necesidades de atención a largo plazo, y le ayudará a determinar los servicios más apropiados para satisfacer sus necesidades.

- Le ayudará a crear su plan de servicio centrado en la persona.
- Se asegurará de que se consulten los profesionales de la salud adecuados durante la evolución de su plan de servicio centrado en la persona.
- Le dará información para ayudarlo a elegir proveedores de atención a largo plazo que tengan un contrato con UHC Dual Complete NY-Y001.
- Se comunicará con usted por teléfono cada mes, como mínimo, y coordinará una visita de reevaluación en persona cada seis meses.
- Si su afección cambia o es hospitalizado, su administrador de la atención revisará sus necesidades actuales y su plan de servicio centrado en la persona para satisfacer sus necesidades.
- Se asegurará de que su plan de servicio centrado en la persona se lleve a cabo y funcione de manera tal que satisfaga sus necesidades.
- Controlará su estado de salud para garantizar que reciba lo que necesita y que las deficiencias en la atención se aborden de inmediato.
- Le entregará información sobre los recursos de la comunidad que puedan ser útiles para usted.
- Se asegurará de que los servicios que recibe en su hogar se basen en sus necesidades.
- Lo ayudará a coordinar su atención y sus necesidades de servicio.
- Le brindará información, según corresponda, sobre los servicios de atención personal dirigidos por el consumidor (CDPAS) y otras opciones de servicio.

Comunicación con su administrador de la atención

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su atención de la salud, puede comunicarse con su administrador de la atención en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros, que accederá a su administrador de la atención. No necesita esperar una visita programada a su hogar o una llamada telefónica por parte del administrador de la atención. Si ocurre un cambio en su estado de salud que podría afectar el tipo o la cantidad de atención que necesita, debe comunicarse con su administrador. Si necesita ayuda después del horario de atención habitual y no puede esperar hasta el día siguiente, puede llamar a UHC Dual Complete NY-Y001 al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711** para obtener asistencia.

Beneficios y servicios

Cambio de administrador de la atención

Si no está satisfecho con su administrador de la atención, es importante que nos lo comunique llamando al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**. Si no podemos resolver su inquietud, es posible que le asignemos un nuevo administrador de la atención.

De qué modo trabajará su administrador de la atención con su médico

- Su administrador de la atención puede asegurarse de que su PCP personal y otros proveedores estén trabajando con usted.
- Se compartirá una copia de su plan de servicio centrado en la persona con su PCP personal.
- Su administrador de la atención trabajará con su PCP personal para garantizar que reciba los servicios que necesita si es hospitalizado y cuando se le dé el alta del hospital.
- Su administrador de la atención le informará a su PCP personal sobre cualquier evaluación o examen que usted se haya hecho.

Servicios cubiertos adicionales

Dado que tiene Medicaid y califica para el Programa MAP, nuestro plan organizará y pagará los servicios sociales y de salud adicionales que se describen a continuación. Puede recibir estos servicios siempre que sean médicamente necesarios. Su administrador de la atención le ayudará a identificar los servicios y proveedores que necesita. En algunos casos, es posible que necesite un referido o una orden de su médico para obtener estos servicios. Debe obtener estos servicios de los proveedores que participen en la red de UHC Dual Complete NY-Y001.

Atención fuera de la red

Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan, con la capacitación o experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades médicas, puede hablar con su médico de cabecera para obtener un referido a un proveedor de atención médica fuera de la red. Si necesita ayuda, comuníquese con su coordinador de atención para que pueda ayudarle a solicitar una autorización de servicio.

Antes de ver a cualquier proveedor fuera de la red para servicios cubiertos, debe obtener una autorización de servicio del plan UHC Dual Complete NY-Y001. Si visita al proveedor sin una autorización de servicio, el proveedor no recibirá ningún pago. Si tiene alguna pregunta con respecto a la atención fuera de la red o las autorizaciones, llame a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**.

Algunos servicios cubiertos requieren autorización previa (aprobación por adelantado) por parte de su médico, el plan UHC Dual Complete NY-Y001 o ambos, antes de que pueda recibirlos o para que pueda continuar recibiendo. Usted o alguien de su confianza puede pedirla. A continuación, se incluye una lista de algunos de los servicios que podrían requerir autorización previa. Esta lista está sujeta a cambios, por lo que le recomendamos que se comunique con Servicios para Miembros o su médico de cabecera (PCP). La marca de verificación (✓) le indicará si el tratamiento o el servicio requiere autorización previa del plan UHC Dual Complete NY-Y001 o una orden de su médico de cabecera (PCP), o ambos, antes de que pueda acceder al beneficio. Consulte la **Sección 1: Solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)**.

Beneficios de UHC Dual Complete NY-Y001	Se requiere autorización previa
Atención de la salud diurna para adultos	✓
Audiología	✓
Servicios de atención personal dirigidos por el consumidor	✓
Atención dental*	✓
Equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) (artículos superiores a \$500)	✓
Transporte en casos de emergencia	
Comidas entregadas en el hogar o comidas en un entorno grupal, como atención diurna	✓
Servicios de atención de la salud en el hogar no cubiertos por Medicare, incluidos servicios de enfermería, asistencia médica domiciliaria, terapia ocupacional, física y del habla	✓
Atención de la salud mental para pacientes hospitalizados que supera el límite de por vida de Medicare de 190 días, consultar Autorización previa	✓
Servicios médicos sociales	✓
Suministros médicos	

Beneficios y servicios

Beneficios de UHC Dual Complete NY-Y001	Se requiere autorización previa
Atención en una residencia de ancianos no cubierta por Medicare (siempre que sea elegible para servicios de atención institucional de Medicaid)	✓
Nutrición	✓
Optometría	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	✓
Cuidado personal (como ayuda para bañarse, comer, vestirse, ir al baño y caminar)	✓
Sistema de respuesta a emergencias personales	✓
Enfermería privada	✓
Prótesis y ortopedia*	✓
Atención diurna social	✓
Apoyo social/ambiental (como servicios de tareas domésticas, modificación de la casa o cuidados paliativos)	✓

* Algunos servicios requieren autorización previa. Su proveedor debe comunicarse con Servicios de Proveedores al **866-362-3368** para consultar si se requiere autorización previa.

Si los beneficios de UHC Dual Complete NY-Y001 no tienen una marca de verificación (✓), significa que puede acceder al servicio o al tratamiento directamente. También puede llamar a Servicios para Miembros al número gratuito **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711** para obtener asistencia para acceder a estos beneficios.

Servicios de salud conductual cubiertos (salud mental y adicciones)

Atención de la salud mental para pacientes adultos ambulatorios

- **Tratamiento de día continuo (Continuing Day Treatment, CDT):** Proporciona a los adultos con enfermedades mentales graves las habilidades y el apoyo necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Puede acudir varios días a la semana con visitas que duren más de una hora.
- **Hospitalización parcial (Partial Hospitalization, PH):** Un programa que proporciona tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o ayudar con los síntomas agudos en una persona que puede necesitar hospitalización.

Atención de la salud mental de rehabilitación para pacientes adultos ambulatorios

- **Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT):** El ACT es un enfoque de equipo para el tratamiento, el apoyo y los servicios de rehabilitación. Muchos servicios son proporcionados por el personal de ACT en la comunidad o donde usted vive. El ACT es para personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad mental grave o problemas emocionales.
- **Servicios de rehabilitación y tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios (Mental Health Outpatient Treatment and Rehabilitative Services, MHOTRS):** Un programa que proporciona tratamiento, evaluación y manejo de los síntomas. Los servicios pueden incluir terapias individuales y grupales en una clínica de su comunidad.
- **Servicios personalizados orientados a la recuperación (Personalized Recovery Oriented Services, PROS):** Un programa completo orientado a la recuperación si tiene una enfermedad mental continua y grave. El objetivo del programa es combinar tratamiento, apoyo y terapia para ayudar en su recuperación.

Servicios de salud mental y adicción de rehabilitación para pacientes adultos ambulatorios, para miembros que cumplan con los requisitos clínicos. También se los conoce como CORE.

Servicios para la recuperación y el empoderamiento orientados a la comunidad (Community Oriented Recovery and Empowerment, CORE): Programa de recuperación centrado en la persona con apoyos móviles de salud conductual para ayudar a desarrollar habilidades y promover la participación e independencia de la comunidad. Los servicios CORE se encuentran disponibles para los miembros que el estado haya identificado que cumplen con los criterios de riesgo de salud conductual de alta necesidad. Cualquier persona puede derivar a otra persona, o autoderivarse, a los servicios CORE.

- **Rehabilitación psicosocial (Psychosocial Rehabilitation, PSR):** Este servicio ayuda con las habilidades de la vida, como establecer conexiones sociales; encontrar o mantener un trabajo; comenzar o regresar a la escuela; y usar recursos comunitarios.
- **Apoyos y tratamiento psiquiátrico comunitario (Community Psychiatric Supports and Treatment, CPST):** Este servicio le ayuda a controlar los síntomas a través del asesoramiento y el tratamiento clínico.

¿Tiene alguna pregunta? Llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**. 15
Visítenos en línea en myuhc.com/CommunityPlan.

Beneficios y servicios

- **Capacitación y apoyo familiar (Family Support and Training, FST):** Este servicio les brinda a su familia y amigos la información y las habilidades para ayudarlo y apoyarlo.
- **Servicios de empoderamiento - Apoyos entre pares:** Este servicio le conecta con especialistas de pares que han pasado por una recuperación. Recibirá apoyo y asistencia para aprender lo siguiente:
 - Cómo vivir con problemas de salud y ser independiente.
 - Obtener ayuda para tomar decisiones sobre su propia recuperación.
 - Encontrar recursos y apoyos naturales.

Servicios para casos de crisis de salud mental para adultos

- **Programa integral de emergencia psiquiátrica (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP):** Un programa hospitalario que proporciona apoyo en casos de crisis y camas para una observación prolongada (hasta 72 horas) para las personas que necesiten servicios de salud mental de emergencia.
- **Servicios móviles y telefónicos para casos de crisis:** Un servicio en la comunidad que responde a personas que experimenten una crisis de salud mental o adicción.
- **Programas residenciales para casos de crisis:** Residencia a corto plazo que proporciona servicios por día las 24 horas, hasta 28 días, para personas que experimentan síntomas de salud mental o desafíos en la vida diaria que empeoran los síntomas. Los servicios pueden ayudar a evitar una hospitalización y apoyar el regreso a su comunidad.

Servicios de adicciones para pacientes adultos ambulatorios

Los centros de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Centers, OTP) son centros certificados por la Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (Office of Addiction Services and Supports, OASAS) en los que se administran medicamentos para tratar la dependencia de opioides. Estos medicamentos pueden incluir metadona, buprenorfina y suboxona. Estos centros también ofrecen asesoramiento y servicios educativos. En muchos casos, usted puede obtener servicios continuos en una clínica OTP de por vida.

Servicios residenciales de adicción para adultos

Los servicios residenciales son para personas que necesitan asistencia las 24 horas en su recuperación en un entorno residencial. Los servicios residenciales ayudan a mantener la recuperación a través de un entorno estructurado y sin sustancias. Puede obtener apoyo grupal y aprender habilidades para ayudar en su recuperación.

Servicios de rehabilitación de adicciones para adultos

Los centros estatales de tratamiento de adicciones (**State Operated Addiction Treatment Centers, ATC**) brindan atención que responde a sus necesidades y respalda la recuperación a largo plazo. El personal de cada centro está capacitado para ayudar con múltiples afecciones, como enfermedades mentales. El personal, además, apoya la planificación de la atención postratamiento. Los tipos de servicios de tratamiento de la adicción son diferentes en cada centro, pero pueden incluir tratamiento asistido por medicamento; problemas con apuestas, tratamiento específico de género para hombres o mujeres y más.

Los programas de **rehabilitación de adicciones para pacientes hospitalizados** pueden proporcionarle un entorno seguro para la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de trastornos por consumo de sustancias. Estos centros ofrecen atención las 24 horas, los 7 días de la semana, supervisada en todo momento por personal médico. Los servicios hospitalarios incluyen el tratamiento de los síntomas relacionados con la adicción y el control de las complicaciones físicas y mentales resultantes del consumo de sustancias.

Los programas de **desintoxicación supervisada médicamente para pacientes hospitalizados** ofrecen tratamiento hospitalario para la abstinencia moderada e incluyen supervisión bajo la atención de un médico. Algunos de los servicios que puede recibir son una evaluación médica dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la admisión y supervisión médica de las condiciones de intoxicación y abstinencia.

Limitaciones

- La atención en una residencia de ancianos se cubre para las personas que se considera que se encuentran en una residencia de ancianos de forma permanente, siempre que sea elegible para la cobertura de atención institucional de Medicaid.
- La fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limitan a las personas que no pueden obtener la nutrición a través de cualquier otro medio y están sujetas a las siguientes afecciones:
 1. Personas que se alimentan mediante una sonda que no pueden masticar ni tragar alimentos y deben obtener la nutrición de la fórmula a través de una sonda.
 2. Personas con trastornos metabólicos congénitos raros que necesitan que fórmulas médicas específicas les proporcionen los nutrientes esenciales no disponibles a través de otros medios.

En ciertas condiciones, los adultos que tienen VIH, SIDA o una enfermedad relacionada con el VIH, u otra enfermedad o afección, pueden ser elegibles para recibir nutrición oral adicional.

La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos alimenticios sólidos modificados que contengan baja cantidad de proteínas o proteínas modificadas.

Beneficios y servicios

Telesalud

Puede recibir algunos servicios a través de telesalud cuando corresponda. Usted decide si prefiere recibir servicios en persona o a través de telesalud. Si tiene más preguntas sobre el servicio de telesalud, comuníquese con su administrador de la atención.

Servicios dentales

UnitedHealthcare Community Plan cubre coronas y tratamientos de conducto en ciertas circunstancias para que pueda conservar una mayor cantidad de dientes naturales. Además, las dentaduras postizas e implantes de reemplazo solo necesitarán una recomendación de su dentista para determinar si son necesarias. Esto le facilitará el acceso a estos servicios dentales.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY **711**.

Servicio móvil de evaluación y respuesta telefónica para casos de crisis

UnitedHealthcare Community Plan cubre el servicio móvil de evaluación y respuesta telefónica para casos de crisis para miembros.

Podrá presentar su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan para recibir este servicio.

Los equipos móviles para casos de crisis pueden brindarle ayuda a usted, a sus hijos y a otros miembros de la familia con síntomas de crisis de salud mental y adicciones. Algunos de los síntomas pueden ser:

- mayor ansiedad,
- depresión,
- estrés debido a un evento o cambio importante en la vida,
- necesidad de hablar con alguien para prevenir una recidiva.

Usted y su familia pueden llamar y hablar con un profesional sobre una crisis, obtener apoyo y recibir una derivación a otros servicios cuando sea necesario.

Si tiene una crisis, puede llamar o enviar un mensaje de texto al **988** o conversar por chat en **www.988lifeline.org**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1 de abril al 30 de septiembre; los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1 de octubre al 31 de marzo.

Atención fuera del área de servicio

Debe informar a su administrador de la atención cuando viaje fuera de su área de cobertura. Si necesita servicios fuera de su área de cobertura, debe comunicarse con su administrador de la atención para que le ayude a organizar los servicios.

Servicios de emergencia

Servicio de emergencia significa la aparición repentina de una afección que representa una amenaza grave para su salud. Para emergencias médicas, marque **911**. No es necesaria una autorización previa para los servicios de emergencia. Sin embargo, debe notificar a UHC Dual Complete NY-Y001 dentro de las 24 horas posteriores a la emergencia. Es posible que necesite servicios de atención a largo plazo que solo se puedan proporcionar a través de UHC Dual Complete NY-Y001.

Si es hospitalizado, un familiar u otro cuidador debe comunicarse con UHC Dual Complete NY-Y001 dentro de las 24 horas posteriores a su ingreso al hospital. Su administrador de la atención cancelará sus servicios de atención en el hogar y el resto de las citas, si es necesario. Asegúrese de notificar a su médico de cabecera o planificador de alta hospitalaria para que se comunique con UHC Dual Complete NY-Y001 y podamos trabajar con el plan para planificar su atención luego del alta hospitalaria.

Procedimientos de atención de transición

Los nuevos inscritos en el plan UHC Dual Complete NY-Y001 pueden continuar un curso de tratamiento continuo durante un período de transición de hasta noventa (90) días a partir de la inscripción con un proveedor de atención médica fuera de la red si el proveedor acepta el pago a la tasa del plan, cumple con la política de control de calidad de UHC Dual Complete NY-Y001 y otras políticas, y proporciona información médica sobre la atención al plan.

Si su proveedor abandona la red, puede continuar un curso de tratamiento continuo durante un período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta el pago a la tasa del plan, cumple con la política de control de calidad del plan y otras políticas, y proporciona información médica sobre la atención al plan.

Beneficios y servicios

Pago deducible mensual

Pago deducible de Medicaid/monto excedente/ingreso neto mensual permitido (net allowable monthly income, NAMI)

Algunos miembros pueden tener un pago deducible mensual, un monto excedente o un NAMI para ser elegibles para los servicios de Medicaid. El Departamento Local de Servicios Sociales o la entidad designada por el NYSDOH determina el monto. Si esto se aplica a usted, los pagos se deben realizar a UnitedHealthcare mensualmente. Si adeuda un pago deducible a UnitedHealthcare y no efectúa los pagos, es posible que se cancele su inscripción en UHC Dual Complete NY-Y001.

Los pagos deducibles o los NAMI se pueden efectuar mediante un cheque o una orden de pago (no en efectivo) y se deben enviar a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare
P.O. Box 785462
Philadelphia PA 19178-5462

Si tiene preguntas, comuníquese con su coordinador de atención de forma gratuita al 1-866-214-1746, TTY 711, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

En esta sección, se explican los servicios y los apoyos disponibles a través del programa Money Follows the Person (MFP)/Open Doors. MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarle a mudarse de una residencia de ancianos a su hogar o una residencia en la comunidad. Usted puede calificar para el programa MFP/Open Doors si:

- Ha vivido en una residencia de ancianos durante tres meses o más.
- Tiene necesidades de salud que se pueden satisfacer a través de servicios en su comunidad.

El MFP/Open Doors cuenta con personas, llamadas especialistas y compañeros de transición, que pueden reunirse con usted en la residencia de ancianos para hablar sobre su regreso a la comunidad. Los especialistas y compañeros de transición son diferentes de los administradores de la atención y los planificadores del alta hospitalaria. Le ayudarán de las siguientes maneras:

- Proporcionan información sobre servicios y apoyo en la comunidad.
- Buscan servicios que se ofrecen en la comunidad para ayudarle a ser independiente.
- Lo visitan o llaman después de mudarse para asegurarse de que tenga lo que necesita en su hogar.

Para obtener más información sobre el MFP/Open Doors, o para programar una visita de un especialista o compañero de transición, llame a New York Association on Independent Living al 1-844-545-7108, o envíe un correo electrónico a mfp@health.ny.gov. También puede consultar el MFP/Open Doors en línea, en www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.org.

Servicios de Medicaid que no están cubiertos por nuestro plan

Existen algunos servicios de Medicaid que UHC Dual Complete NY-Y001 no cubre, pero que pueden estar cubiertos por los beneficios regulares de Medicaid. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid usando su Tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711** si desea saber si un beneficio está cubierto por UHC Dual Complete NY-Y001 o Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid cuando usa su Tarjeta de beneficios de Medicaid incluyen:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos con receta están cubiertos por la Parte D de Medicare de UHC Dual Complete NY-Y001, tal como se describe en la Sección 6 de la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) de Medicare de UHC Dual Complete NY-Y001. Los beneficios regulares de Medicaid cubrirán algunos medicamentos no cubiertos por la Parte D de Medicare de UHC Dual Complete NY-Y001. También es posible que Medicaid cubra medicamentos que denegamos.

Los servicios que se enumeran a continuación están disponibles a través de Medicaid regular

Determinados servicios de salud mental, que incluyen:

- Servicios de administración de la atención de salud en el hogar (Health Home, HH) y Health Home Plus (HH+)
- Servicios de rehabilitación para residentes en Residencias Comunitarias (Community Residences, CR) certificadas por la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH) y Programas de tratamiento basados en la familia
- Tratamiento diurno aprobado por la OMH
- Rehabilitación residencial para jóvenes aprobado por la OASAS
- Clínicas certificadas de salud conductual comunitaria (Certified Community Behavioral Health Clinic, CCBHC)
- Centro residencial de tratamiento (Residential Treatment Facility, RTF) aprobado por la OMH

Para inscritos en el Programa MAP hasta los 21 años

- Servicios de tratamiento y apoyo para niños y familiares (Children and Family Treatment and Support Services, CFTSS)
- Servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) para niños

¿Tiene alguna pregunta? Llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**.
Visítenos en línea en myuhc.com/CommunityPlan.

Beneficios y servicios

Determinados servicios para discapacidad intelectual y discapacidades del desarrollo, que incluyen:

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Coordinación de servicios de Medicaid
- Servicios recibidos bajo el subsidio de servicios basados en el hogar y la comunidad

Otros servicios de Medicaid

- Tratamiento de observación directa por tuberculosis
- Administración de casos VIH COBRA
- Medicamentos para mejorar la ovulación médicamente necesarios y servicios médicos relacionados con la receta y el monitoreo del uso de dichos medicamentos, para los miembros que cumplan los requisitos

Planificación familiar

- Los miembros pueden visitar cualquier médico o clínica de Medicaid que brinde atención de planificación familiar. No necesita un referido de su médico de cabecera (PCP).

Transporte que no sea de emergencia

Cobertura de Medicaid regular y coordinación a cargo del agente de transporte estatal, a excepción de los programas de atención social diurna para adultos (Social Adult Daycare, SADC). Los proveedores de SADC son responsables de proporcionar transporte hacia y desde sus programas a los miembros a partir del 1.º de enero de 2025.

Servicios que no están cubiertos por UHC Dual Complete NY-Y001 o Medicaid

Debe pagar los servicios que no estén cubiertos por UHC Dual Complete NY-Y001 o Medicaid si su proveedor le informa con anticipación que estos servicios no están cubiertos y usted acepta pagarlos. Algunos servicios que no están cubiertos por UHC Dual Complete NY-Y001 o Medicaid incluyen:

- Cirugía cosmética, si no es médicamente necesaria
- Artículos para su comodidad y personales
- Tratamiento de infertilidad
- Servicios de un proveedor que no forme parte del plan fuera de una emergencia médica (a menos que UHC Dual Complete NY-Y001 le autorice consultar a ese proveedor)

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY **711**.

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

Usted tiene Medicare y también recibe asistencia de Medicaid. La información de esta sección cubre sus derechos con respecto a todos sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. En la mayoría de los casos, seguirá un solo proceso para ambos, los beneficios de Medicare o de Medicaid. A veces, esto se denomina “proceso integrado” porque integra los procesos de Medicare y Medicaid.

Sin embargo, para algunos de sus beneficios de Medicaid, también puede tener derecho a un proceso adicional de apelaciones externas. Consulte la página 33 para obtener más información sobre el proceso de apelaciones externas.

Sección 1: Solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)

La información de esta sección se aplica a todos sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

La solicitud de aprobación para un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)**. Para obtener una solicitud de autorización de servicio, debe seguir los pasos que se indican en esta sección.

Para obtener la aprobación de tratamientos o servicios, su médico o proveedor de atención médica debe llamar al Departamento de Autorización Previa de UHC Dual Complete NY-Y001 al 866-362-3368, o su médico o proveedor de atención médica puede enviar una solicitud escrita por fax al 866-950-4490.

Autorizaremos los servicios por un monto determinado y durante un período específico. Esto se llama **período de autorización**.

Algunos servicios y tratamientos médicos de Medicare o Medicaid se cubren solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación antes de que usted los reciba o continúe recibéndolos; esto no incluye servicios de emergencia. Esto se conoce como autorización previa. Su proveedor de atención médica puede solicitarla en su nombre.

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

Autorización previa

Algunos servicios cubiertos requieren **autorización previa** (aprobación previa) de UHC Dual Complete NY-Y001 antes de que usted los reciba. Usted o alguien en quien confíe puede solicitar la autorización previa. Los siguientes tratamientos y servicios deben estar autorizados **antes** de recibirlos:

La lista a continuación incluye ejemplos de tratamientos y servicios que deben aprobarse antes de recibirlos. Esta información no es una descripción completa de los beneficios* *.

- Ingresos en centros hospitalarios: incluye hospitalización, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y centros de enfermería especializada
- Pruebas radiológicas avanzadas, como exploraciones nucleares y TEP
- Determinados servicios dentales
- Pruebas de diagnóstico cardíaco
- Medicamentos de quimioterapia y administración de estos medicamentos
- Cirugía cosmética y reconstructiva
- Equipo médico duradero que supere los \$500
- Todas las sillas de ruedas eléctricas
- Servicios de atención de la salud investigativa o experimental
- Cirugía de derivación gástrica
- Servicios de atención de la salud en el hogar
- Servicios basados en el hogar y la comunidad, incluidos:
 - Atención de la salud diurna para adultos
 - Comidas a domicilio
 - Modificaciones en el hogar
 - Servicios de atención personal y de atención personal dirigidos por el consumidor
 - Enfermería privada
 - Atención diurna social
- Algunos servicios de salud mental o abuso de sustancias
- Servicios fuera de la red o fuera del estado
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Prótesis y ortopedia que supere los \$500
- Servicios de trasplante

* * Comuníquese con su médico o con Servicios para Miembros para averiguar si un servicio que su proveedor desea para usted requiere aprobación antes de que lo reciba. Esta lista está sujeta a cambios, por lo que le recomendamos que se comuniquen con Servicios para Miembros o su médico de cabecera (PCP).

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

Para obtener información sobre los beneficios y servicios cubiertos por Medicare que pueden requerir aprobación previa, consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) de UHC Dual Complete NY-Y001.

Revisión concurrente

También puede solicitar a UHC Dual Complete NY-Y001 obtener más de un servicio de lo que recibe ahora. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Revisión retrospectiva

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

¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicios?

El plan de salud tiene un equipo de revisión para asegurarnos de que recibe los servicios para los cuales califica. El equipo de revisión está integrado por médicos y personal de enfermería. Su trabajo es garantizarle que el tratamiento o servicio solicitado sea necesario desde el punto de vista médico y adecuado para usted. Lo llevan a cabo verificando su plan de tratamiento con las normas aceptables desde el punto de vista médico.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto menor que el solicitado. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que solicitó no es médicamente necesario, un revisor externo clínico tomará la decisión. Un revisor externo clínico puede ser un médico, un miembro del personal de enfermería o un profesional de la salud que normalmente proporciona la atención que usted solicitó. Puede solicitar las normas médicas específicas, denominadas **criterios de revisión clínica**, que usamos para tomar decisiones sobre la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos según un proceso de revisión **estándar** o **acelerada**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada si usted o su proveedor consideran que un retraso podría causar graves daños a su salud. Si denegamos su solicitud de una revisión acelerada, se lo notificaremos y su solicitud se abordará mediante el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como lo requiera su afección médica, pero no más tarde de lo mencionado a continuación. Puede encontrar más información sobre el proceso de revisión acelerada a continuación.

Le avisaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud es aprobada o denegada. También le diremos la razón de la decisión. Le explicaremos qué opciones tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Proceso estándar

Por lo general, utilizamos el **plazo estándar** para informarle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo, tratamiento o servicio médico, a menos que hayamos acordado utilizar los plazos acelerados.

- Una **revisión estándar** para una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta en el transcurso de 3 días hábiles después de obtener toda la información que necesitamos, pero antes de que transcurran **14 días calendario** desde que recibimos su solicitud. Si su caso es una **revisión concurrente** en la que solicita un cambio en un servicio que ya está recibiendo, tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil después de obtener toda la información que necesitamos, pero le daremos una respuesta antes de que transcurran 14 días calendario desde que recibimos su solicitud.
- **Podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarle. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es conveniente para usted. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de que transcurran 14 días desde que solicitamos más información.
- Si cree que **no deberíamos tardar más días**, puede presentar una **queja rápida**. Cuando presente una **queja rápida**, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las autorizaciones de servicio y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas quejas rápidas, consulte la **Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan**).

Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario (o al final de los días adicionales si los tomamos), puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es **afirmativa a la totalidad o a parte de su solicitud**, autorizaremos el servicio, el tratamiento o le daremos el artículo que solicitó.
- Si nuestra respuesta es **negativa a la totalidad o a parte de su solicitud**, le enviaremos un Aviso de decisión de apelación que explica el motivo de nuestra denegación. Puede encontrar más información sobre cómo apelar esta decisión en la **Sección 2: Apelaciones de nivel 1**.

Proceso acelerado

Si su salud lo requiere, solicítenos que le proporcionemos una **autorización de servicio rápido**.

- Una **revisión rápida** de una solicitud de autorización previa significa que le daremos una respuesta en el plazo de 1 día hábil desde la fecha en que tengamos toda la información que necesitamos, pero antes de que transcurran 72 horas desde que nos presentó su solicitud.
- Podemos demorar **hasta 14 días calendario adicionales** si determinamos que falta información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para proporcionarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es conveniente para usted. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de que transcurran 14 días desde que solicitamos más información.
- Si cree que no deberíamos tardar más días, **puede presentar una queja rápida**. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas quejas rápidas, consulte la **Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan**, a continuación, para obtener más información. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si no le damos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o si hay un período extendido, al final de ese período), puede presentar una apelación. Consulte la **Sección 2: Apelaciones de nivel 1**, a continuación, para conocer cómo presentar una apelación.

Para obtener una **autorización de servicio rápida**, debe cumplir dos requisitos:

1. Solicita cobertura para atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener una **autorización de servicio rápida** si su solicitud concierne el pago de atención médica que ya ha recibido).
2. Usar los plazos estándares podría dañar gravemente su vida o su salud, o su desempeño general podría verse afectado.

Si su proveedor nos informa que su salud requiere una autorización de servicio rápida, aceptaremos automáticamente darle una autorización de servicio rápida.

Si solicita una autorización de servicio rápida por su cuenta, sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si su salud requiere que le otorguemos dicha **autorización**.

Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos de una **autorización de servicio rápida**, le enviaremos una carta donde se indique esto (y usaremos los plazos estándares en su lugar).

- En la carta, se indicará que si su proveedor solicita la **autorización de servicio rápida**, automáticamente le daremos esa **autorización**.
- Además, en la carta se explicará cómo puede presentar una **queja rápida** sobre nuestra decisión de darle una autorización de servicio estándar en lugar de la autorización de servicio rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas quejas rápidas, consulte la **Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan** más adelante en este capítulo).

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o a parte de su solicitud, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si extendimos el tiempo necesario para realizar nuestra autorización de servicio en su solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta al final de ese período extendido.

Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o a parte de su solicitud, le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo de nuestra denegación. Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene derecho a presentarnos una apelación. Consulte la **Sección 2: Apelaciones de nivel 1**, a continuación, para obtener más información.

Si no recibe nuestra respuesta oportunamente, significa que denegamos su solicitud de autorización de servicio. Si esto sucede, tiene derecho a presentarnos una apelación. Consulte la **Sección 2: Apelaciones de nivel 1**, a continuación, para obtener más información.

Si cambiamos un servicio que ya recibe

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio ya aprobado y que recibe actualmente, debemos notificárselo, por lo menos, 15 días antes del cambio de servicio.
- Si revisamos atención que recibió en el pasado, tomaremos la decisión de pagarla dentro de los 30 días de haber recibido la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se deniegue el pago. **No tendrá que pagar por ninguna atención médica recibida cubierta por el plan o por Medicaid, incluso si luego denegamos el pago al proveedor.**

También puede tener **derechos especiales de Medicare si finaliza su cobertura de atención hospitalaria, atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)**. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura de UHC Dual Complete NY-Y001.

Qué hacer si desea apelar una decisión acerca de su atención

Si denegamos su solicitud de cobertura de un artículo o servicio médico, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a presentar una apelación y a pedirnos que reconsideremos esta decisión. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasa al nivel 1 del proceso de apelaciones (leer a continuación).

- UHC Dual Complete NY-Y001 también puede explicarle los procesos de quejas y apelaciones disponibles para usted, dependiendo de su queja. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711** para obtener más información sobre sus derechos y las opciones disponibles para usted.

En cualquier momento durante el proceso, usted o alguien de su confianza puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión al Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al **1-866-712-7197**.

Sección 2: Apelaciones de nivel 1 (también conocidas como apelaciones a nivel de plan)

La información de esta sección se aplica a todos sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Existen algunos tratamientos y servicios que necesitan aprobación antes de recibirlos o para que pueda continuar recibéndolos. Esto se conoce como autorización previa. La solicitud de aprobación para un tratamiento o servicio se denomina solicitud de autorización de servicio. Describimos este proceso anteriormente en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado, usted recibirá un aviso llamado Aviso de Determinación de Cobertura Integrada.

Si recibe un Aviso de Determinación de Cobertura Integrada y no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa intentar obtener el artículo o servicio médico que desea pidiéndonos que revisemos su solicitud nuevamente.

Puede presentar una apelación de nivel 1:

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de nivel 1 o apelación al plan. En esta apelación, revisamos la decisión que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación es gestionada por revisores que no participaron previamente en la decisión original. Una vez que finalicemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos a continuación, puede solicitar una apelación acelerada.

Pasos para presentar una apelación de nivel 1:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene **sesenta y cinco (65) días** a partir de la fecha que figura en el Aviso de Determinación de Cobertura Integrada para presentar una apelación. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo por no haberlo hecho, podremos darle más

¿Tiene alguna pregunta? Llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**.

Visítenos en línea en myuhc.com/CommunityPlan.

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de causas justas pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su proveedor tendrán que decidir si necesita una **apelación acelerada**.
 - Los requisitos y procedimientos para obtener una **apelación acelerada** son los mismos que para obtener una autorización de servicio acelerada. Para solicitar una **apelación acelerada**, siga las instrucciones para solicitar una autorización de servicio acelerada. (Estas instrucciones se proporcionan en la Sección 1, en la sección “Proceso acelerado”).
 - Si su proveedor nos informa que su salud requiere una **apelación acelerada**, le daremos una **apelación acelerada**.
 - Si su caso tiene relación con una finalización, denegación o reducción de servicios que ya recibe, también llamada revisión concurrente, obtendrá automáticamente una apelación acelerada.
- Puede presentar una apelación por su cuenta o pedir a una persona de su confianza que presente una apelación de nivel 1 por usted. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY **711** si necesita ayuda para presentar una apelación de nivel 1.
 - Después de su llamada, le enviaremos un formulario con el resumen de su apelación telefónica. Puede realizar los cambios necesarios en el resumen antes de firmar y enviarnos el formulario.
 - Solo una persona que usted designe por escrito puede representarlo durante su apelación. Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante durante su apelación, puede completar el Formulario de Solicitud de Apelación que se adjuntó al Aviso de Determinación de Cobertura Integrada, completar un formulario de Designación de Representante o escribir y firmar una carta en la que se designe a su representante. Esta carta debe enviarse a la dirección que se indica a continuación.
 - Para obtener un formulario de Designación de Representante, llame a Servicios para Miembros y solicítelo. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>. El formulario autoriza a la persona para actuar por usted. Deberá entregarnos una copia del formulario firmado. El formulario debe enviarse a la dirección que se indica a continuación, O
 - O bien, escriba una carta y envíenosla. (Usted o la persona designada en la carta como su representante pueden enviarnos la carta).
- No lo trataremos diferente ni actuaremos incorrectamente porque presente una apelación de nivel 1.
- Puede presentar dicha apelación por teléfono o por escrito.
- Para presentar la apelación de nivel 1 por escrito, envíela a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare UHC Dual Complete NY-Y001
P.O. Box 6103
Mail Stop CA124-0187
Cypress, CA 90630-0016

Continuación de su servicio o artículo mientras apela una decisión sobre su atención

Si los servicios que recibe se cancelaron, denegaron o redujeron, también conocida como revisión concurrente, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita una apelación de nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha del Aviso de Determinación de Cobertura Integrada o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista para la medida, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con esta fecha límite, podrá seguir recibiendo el servicio o el artículo sin cambios mientras su apelación de nivel 1 esté pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
- Nota: Si su proveedor le pide que continuemos con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba designar a su proveedor como su representante.

¿Qué sucede después de que recibimos su apelación de nivel 1?

- En un plazo de 15 días luego de solicitar una apelación estándar, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación de nivel 1. Le informaremos si necesitamos información adicional para tomar nuestra decisión.
- Le enviaremos una copia del expediente de su caso, sin cargo, que incluye una copia de los registros médicos y cualquier otra información y registro que utilizaremos para tomar la decisión de apelación. Si se acelera su apelación de nivel 1, es posible que tenga poco tiempo para revisar esta información. Recibirá nuestra decisión en un plazo más corto que el plazo en que habría recibido un acuse de recibo de la apelación estándar. Es importante conservar la información que le enviamos.
- Profesionales de salud calificados que no tomaron la primera decisión tomarán decisiones con respecto a las apelaciones de asuntos clínicos. Al menos uno será un revisor externo clínico.
- Las decisiones que no sean clínicas estarán a cargo de personas que trabajan en un nivel superior que aquellas que trabajaron en su primera decisión.
- También puede proporcionar información en persona o por escrito que se utilizará para tomar la decisión. Llámenos al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711** si no está seguro de qué información brindarnos.
- Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. Si denegamos su solicitud o la aprobamos por un monto inferior al solicitado, le enviaremos un aviso llamado Aviso de decisión de apelación. Si denegamos su apelación de nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Plazos para una apelación estándar

- Si estamos utilizando los plazos de apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta a una solicitud dentro de los 30 días calendario después de recibir su apelación si su apelación concierne la cobertura de servicios que aún no ha recibido.

¿Tiene alguna pregunta? Llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**. 31
Visítenos en línea en myuhc.com/CommunityPlan.

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

- Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección de salud así lo requiere.
- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es conveniente para usted. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de que transcurran 14 días desde que solicitamos más información.
 - Si cree que **no** deberíamos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas.
 - Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas quejas rápidas, consulte la **Sección 5: Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan**, a continuación, para obtener más información.

Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite aplicable anterior (o al finalizar los días adicionales que nos tomamos en cuanto a su solicitud de un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización externa independiente la revise.

Analizamos esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones en la **Sección 3: Apelaciones de nivel 2**.

Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o a parte de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar en el transcurso de 72 horas a partir de la fecha en que tomemos nuestra decisión sobre la cobertura de los servicios que usted aún no ha recibido.

Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o a parte de su solicitud, para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas cuando denegamos su apelación, **debemos enviar su apelación al siguiente nivel de apelación**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación está pasando al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el nivel 2 (descrito en la Sección 3).

Plazos para una apelación acelerada

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le informaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es conveniente para usted. Tomaremos una decisión lo más rápido posible cuando recibamos la información necesaria, pero antes de que transcurran 14 días desde que solicitamos más información.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al finalizar los días adicionales que nos tomamos), debemos enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones que se analiza a continuación en la Sección 3: Apelaciones de nivel 2.

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o a parte de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.

Si nuestra respuesta es negativa a la totalidad o a parte de su solicitud, enviaremos automáticamente su apelación a una organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. Usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja al plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación de acciones.

- Durante la apelación de nivel 2, una organización de revisión independiente, llamada **Oficina de Audiencias Administrativas u Oficina de Audiencias**, revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería modificarse.
- Analizamos esta organización y explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones más adelante en la Sección 3: Apelaciones de nivel 2.

En cualquier momento durante el proceso, usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión al Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al **1-866-712-7197**.

Sección 3: Apelaciones de nivel 2

La información de esta sección se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Si **denegamos** su apelación de nivel 1, su caso pasará **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Oficina de Audiencias** revisa nuestra decisión para su apelación de nivel 1. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería modificarse.

- **La Oficina de Audiencias es una agencia independiente del estado de Nueva York.** No está conectada con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “expediente de su caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionar a la Oficina de Audiencias información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la **Oficina de Audiencias** analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. Luego la **oficina** se comunicará con usted para programar una audiencia.
- Si obtuvo una apelación acelerada a nuestro plan en el nivel 1 porque su salud podía verse gravemente perjudicada si esperaba una decisión en un plazo estándar, automáticamente recibirá una apelación acelerada en el nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

a su apelación de nivel 2 en un plazo de 72 horas desde que recibió su apelación.

- Si la Oficina de Audiencias necesita reunir más información que podría beneficiarle, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.

Si obtuvo una apelación estándar en el nivel 1, también obtendrá una apelación estándar en el nivel 2

- Si obtuvo una apelación estándar a nuestro plan en el nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el nivel 2.
- La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de sesenta (60) días calendario desde que recibió su apelación. Hay un total de 90 días disponibles entre la fecha en que solicita una apelación al plan (nivel 1) y la fecha en que la Oficina de Audiencias toma una decisión sobre su apelación de nivel 2.
- Si la Oficina de Audiencias necesita reunir más información que podría beneficiarle, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento en apelación también continuarán durante el nivel 2. Vaya a la página 28 para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de nivel 1.

La Oficina de Audiencias le informará por escrito su decisión y explicará los motivos que la fundamentan.

- Si la Oficina de Audiencias da una respuesta afirmativa a la totalidad o a parte de su solicitud, debemos autorizar el servicio o proporcionarle el artículo en el plazo de un día hábil desde que recibimos la decisión de la Oficina de Audiencias.
- Si la Oficina de Audiencias da una respuesta negativa a la totalidad o a parte de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de esta) no se debe aprobar. (Esto se denomina “ratificación de la decisión” o “rechazo de su apelación”).

Si la Oficina de Audiencias da una respuesta negativa a la totalidad o a parte de su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay dos niveles más en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (que hacen un total de cuatro niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de nivel 2, deberá decidir si desea continuar con el nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se incluyen en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de nivel 2.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare gestiona la apelación de nivel 3. Posteriormente, puede tener derecho a solicitar a un tribunal federal que evalúe su apelación.

En cualquier momento durante el proceso, usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión al Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 4:

Apelaciones externas solo para Medicaid

Usted o su médico pueden solicitar una apelación externa solo para los beneficios cubiertos por Medicaid.

Puede solicitar al estado de Nueva York (el estado) una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide denegar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron por los siguientes motivos:

- No es médicamente necesario.
- Es experimental o está en investigación.
- No es diferente de la atención que puede recibir en la red del plan.
- Está disponible a través de un proveedor participante que tiene la capacitación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Esto se denomina apelación externa porque la deciden revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Los revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de Nueva York (el estado). El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o debe ser un tratamiento experimental. No tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de apelar al estado:

- Debe presentar una apelación de nivel 1 ante el plan y obtener el Aviso de decisión de apelación del plan.
- Si no recibió el servicio y solicita una apelación acelerada, puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo. (Su médico tendrá que determinar si una apelación acelerada es necesaria).
- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y pasar directamente a la apelación externa.
- Puede probar que el plan no siguió las reglas correctamente al procesar su apelación de nivel 1.

Tiene **4 meses** después de recibir el **Aviso de decisión de apelación** del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelaciones del plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de 4 meses desde que se llegó al acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, rellene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711** si necesita ayuda para presentar la apelación.

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

- Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico.
- La solicitud de apelación externa explica qué información se necesita.

Estas son algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882
- Ingrese al sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov
- Comuníquese con el plan de salud al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**

El revisor tomará una decisión sobre su apelación externa en 30 días. Si el revisor de apelaciones externas solicita más información, se puede requerir más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor les comunicará a usted y al plan la decisión final dentro de los dos días desde que se tomó la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si el médico indica que una demora podría provocar un daño grave a su salud. Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de apelaciones externas tomará una decisión sobre una apelación acelerada en 72 horas o menos. El revisor les informará a usted y al plan la decisión de inmediato por teléfono o por fax. Luego, le enviará una carta con la información sobre la decisión.

En cualquier momento durante el proceso, usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión al Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al **1-866-712-7197**.

Sección 5:

Qué hacer si tiene una queja sobre nuestro plan

La información de esta sección se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esta información no se aplica a sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Esperamos que nuestro plan lo satisfaga. Si tiene algún problema con la atención o el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores, o si no le gusta la calidad de la atención o los servicios que recibe de nosotros, llame a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711** o escriba a Servicios para Miembros. El término formal para “realizar una queja” es “presentar un reclamo”.

Puede pedir a una persona de su confianza que presente la queja por usted. Podemos asistirlo si necesita ayuda debido a un problema de audición o visión o si necesita servicios de traducción. No le dificultaremos las cosas ni tomaremos ningún tipo de represalia en su contra por presentar una queja.

Solo alguien que usted indique por escrito puede representarlo cuando presente una queja. Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante cuando presenta una queja, puede completar el Formulario de Solicitud de Apelación que se adjuntó al Aviso de Determinación de Cobertura Integrada, completar un formulario de Designación de Representante o escribir y firmar una carta en la que se designe a su representante. Para obtener un formulario de Designación de Representante, llame a Servicios para Miembros y solicítelo. También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>. El formulario autoriza a la persona para actuar por usted. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado, O puede escribir una carta y enviárnosla. (Usted o la persona designada en la carta como su representante pueden enviarnos la carta).

- No lo trataremos diferente ni actuaremos incorrectamente porque presente una queja.
- Puede presentar la queja por teléfono o por escrito.
- Puede presentar una queja por escrito; para ello, envíe su queja a:

UnitedHealthcare
UHC Dual Complete NY-Y001
P.O. Box 6103, Mail Stop CA124-0187
Cypress, CA 90630-0016

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

Cómo presentar una queja:

- Normalmente, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros. Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros le informará al respecto. **1-866-547-0772, TTY 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1 de abril al 30 de septiembre; los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1 de octubre al 31 de marzo.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede **asentar su queja por escrito y enviárnosla**. Si envía su queja por escrito, la responderemos por escrito.

Puede escribirnos para presentar su queja. Debe enviarla a la siguiente dirección:

UHC Dual Complete NY-Y001
P.O. Box 6103
Mail Stop CA124-0187
Cypress, CA 90630-0016

- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de tener el problema por el que desea quejarse.

Qué sucede después:

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su afección médica nos exige una respuesta rápida, lo haremos.
- Respondemos a las quejas en un plazo de 30 días calendario.
- Si usted presenta una queja porque denegamos su solicitud de una autorización de servicio acelerada o una apelación acelerada, obtendrá automáticamente una queja rápida. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- Si necesitamos más información y la demora es conveniente para usted, o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos solicitó una autorización de servicio o presentó una apelación y cree que no le respondemos con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son ejemplos de cuándo puede presentar una queja:
 - Cuando nos solicitó una autorización de servicio acelerada o una apelación acelerada y nuestra respuesta fue negativa.
 - Cuando crea que no estamos cumpliendo los plazos para proporcionarle una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que haya presentado.
 - Cuando se revisa una autorización de servicio que realizamos y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos dentro de ciertos plazos y usted cree que no estamos cumpliendo los plazos.

- Cuando no le comunicamos una decisión a tiempo y no remitimos su caso a la Oficina de Audiencias antes de la fecha límite exigida.
- Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte de su queja o no nos hacemos cargo del problema por el que se está quejando, le informaremos al respecto. Nuestra respuesta incluirá nuestros motivos para darle esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Apelaciones de quejas

Si está en desacuerdo con una decisión tomada sobre su queja acerca de sus beneficios de Medicaid, usted o una persona de su confianza puede presentar una **apelación de la queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de la queja:

- Si no está conforme con lo que decidimos, tiene al menos sesenta (60) días hábiles después de recibir nuestra decisión para presentar una apelación de la queja.
- Puede hacerlo usted mismo o pedir a una persona de su confianza que presente la apelación de la queja por usted.
- La apelación de la queja se debe realizar por escrito.
 - Si presenta una apelación por teléfono, se debe realizar un seguimiento por escrito.
 - Después de su llamada, le enviaremos un formulario con el resumen de su apelación telefónica.
 - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar el formulario y devolverlo. Puede realizar los cambios necesarios antes de devolver el formulario.

Qué sucede después de recibir su apelación de la queja:

Después de recibir su apelación de la queja, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles.

La carta detallará:

- Quién está trabajando en su apelación de la queja
- Cómo comunicarse con esa persona
- Si necesitamos más información

Su apelación de la queja será revisada por una o más personas calificadas. Estos revisores están en un nivel más alto que los revisores que tomaron la primera decisión sobre su queja.

Si su apelación de la queja implica asuntos clínicos, uno o más profesionales de atención médica calificados revisarán su caso. Al menos uno de ellos será un revisor externo clínico que no participó en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

Le informaremos nuestra decisión en el plazo de 30 días hábiles desde el momento en que tengamos toda la información necesaria. Si una demora pusiera en riesgo su salud, se le comunicará nuestra decisión en 2 días hábiles a partir de la fecha en que tengamos toda la información que necesitamos para resolver la apelación. Le daremos las razones de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde.

Si aún no queda conforme, usted o alguien que lo represente podrán presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al **1-866-712-7197**.

Defensor del participante

El defensor del participante, es decir, la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN), es una organización independiente que proporciona servicios gratuitos de defensa del consumidor a quienes reciben atención a largo plazo en el estado de Nueva York. Puede llamar a la ICAN para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre su cobertura y opciones de quejas y apelaciones. La organización puede ayudarle a gestionar el proceso de apelación.

Comuníquese con la Red para obtener más información sobre los servicios que ofrece:

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)

633 Third Avenue, 10th Floor

New York, New York 10017

Sitio web: www.icannys.org

Correo electrónico: ican@cssny.org

Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión de TTY: 711)
de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

Cancelación de la inscripción en el Programa UHC Dual Complete NY-Y001 MAP

Los inscritos no serán dados de baja de Medicaid Advantage Plus por ninguno de los siguientes motivos:

- Alta utilización de servicios médicos cubiertos, una afección existente o un cambio en la salud del inscrito.
- Disminución de la capacidad mental o comportamiento no cooperativo o negativo como resultado de sus necesidades especiales, a menos que el comportamiento dé lugar a que el inscrito deje de ser elegible para Medicaid Advantage Plus.

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

Puede optar por cancelar su inscripción voluntariamente

Puede solicitar abandonar el Programa UHC Dual Complete NY-Y001 MAP en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame a su administrador de casos. El proceso puede tardar hasta seis semanas, según la fecha en que se reciba su solicitud.

Puede cancelar su inscripción en los beneficios regulares de Medicaid o unirse a otro plan de salud siempre que califique. Si continúa requiriendo servicios y apoyos comunitarios a largo plazo (CBLTSS), como atención personal, debe unirse a otro plan de atención administrada a largo plazo o al Programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, a fin de continuar recibiendo los servicios de CBLTSS.

Tendrá que abandonar el Programa UHC Dual Complete NY-Y001 MAP si:

- Ya no está inscrito en UHC Dual Complete NY-Y001 para su cobertura de Medicare.
- Deja de ser elegible para Medicaid.
- Necesita atención en una residencia de ancianos, pero no es elegible para servicios institucionales de Medicaid.
- Ha estado fuera del área de servicio del plan durante más de treinta (30) días consecutivos.
- Se muda permanentemente fuera del área de servicio de UHC Dual Complete NY-Y001.
- Ya no es elegible para el nivel de atención en residencias de ancianos según lo determinado mediante la Evaluación de Salud Comunitaria (CHA), a menos que se pueda esperar razonablemente que la finalización de los servicios prestados por el plan dé lugar a que usted sea elegible para el nivel de atención en residencias de ancianos dentro del período de seis meses subsiguiente.
- Durante una reevaluación mientras vive en la comunidad, decide dejar de demostrar una necesidad funcional o clínica de servicios y apoyos comunitarios a largo plazo (CBLTSS).
- No ha recibido uno de los servicios de CBLTSS, como atención de la salud diurna para adultos, servicios de enfermería privada, servicios de asistente para la salud en el hogar, CDPAS o servicios en el hogar, incluidos servicios de atención personal (Nivel 2), servicios de enfermería o terapias. Tenga en cuenta que los servicios de atención social diurna para adultos por sí solos no hacen que califique para la inscripción continua.
- Se une a un Programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, o comienza a participar en un programa residencial de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo.
- Participa en un programa residencial de la Oficina de Salud Mental, o de la Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (OASAS) (que no es un beneficio cubierto por el plan MAP) durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- Usted se negó a completar una reevaluación requerida.

Procesos de autorización de servicios, apelaciones y quejas

Podemos pedirle que abandone el Programa UHC Dual Complete NY-Y001 MAP si:

- Usted, un familiar, un cuidador informal u otro miembro de su hogar participa en comportamientos que afectan gravemente la capacidad del plan para prestar servicios.
- Proporciona intencionalmente información fraudulenta en un formulario de inscripción o permite el abuso de una tarjeta de inscripción en el Programa MAP.
- No completó ni presentó el consentimiento o divulgación necesarios.
- No paga ni coordina el pago del monto de dinero, según lo determine el Distrito Local de Servicios Sociales (LDSS), adeudado al plan como pago deducible o monto excedente dentro de los 30 días posteriores al primer vencimiento del monto. Haremos un esfuerzo razonable para cobrar el dinero.

Antes de cancelar su inscripción de manera involuntaria, UHC Dual Complete NY-Y001 obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) u otra entidad designada por el estado para informarle sobre la intención de cancelar su inscripción. La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción será el primer día del mes siguiente al mes en que se procese la cancelación de la inscripción. Si continúa necesitando servicios de CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se le asignará automáticamente a otro plan para proporcionarle cobertura para los servicios necesarios. Al volver a inscribirse en el programa MAP, es posible que NYIAP deba hacerle una nueva evaluación.

Otros detalles del plan

Competencia cultural y lingüística

UHC Dual Complete NY-Y001 respeta sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura e identidad cultural, y trabajamos para eliminar las desigualdades culturales. Mantenemos una red de proveedores competentes e inclusivos a nivel cultural y promovemos y garantizamos la prestación de servicios de una manera culturalmente adecuada a todos los inscritos. Esto incluye, entre otras, personas con un conocimiento limitado del inglés, antecedentes culturales y étnicos diversos, y comunidades religiosas diversas.

Derechos y responsabilidades de los miembros

UHC Dual Complete NY-Y001 hará todo lo posible para garantizar que todos los miembros reciban un trato respetuoso y digno. En el momento de la inscripción, su administrador de la atención le explicará sus derechos y responsabilidades. Si necesita servicios de interpretación, su administrador de la atención se encargará de ellos. El personal hará todo lo posible para ayudarle a ejercer sus derechos.

Derechos de los miembros

- Tiene derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho a contar con acceso oportuno a la atención y los servicios.
- Tiene derecho a la privacidad de sus registros médicos y cuando recibe tratamiento.
- Tiene derecho a obtener información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles presentada de forma tal que usted la entienda, y en un lenguaje apropiado.
- Tiene derecho a obtener información en un idioma que comprenda y puede recibir servicios de traducción oral sin costo alguno.
- Tiene derecho a obtener la información necesaria para dar un consentimiento informado antes de comenzar un tratamiento.
- Tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
- Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y a solicitar que dichos registros se enmienden o corrijan.
- Tiene derecho a participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a permanecer libre de toda restricción o aislamiento empleados como medidas coercitivas, disciplinarias, de conveniencia o de represalia.

Otros detalles del plan

- Tiene derecho a obtener atención sin importar el sexo, la raza, el estado de salud, el color, la edad, la nacionalidad, la orientación sexual, el estado civil o la religión.
- Tiene derecho a saber dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de atención administrada a largo plazo, incluido cómo obtener beneficios cubiertos por parte de proveedores fuera de la red si no se encuentran disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a quejarse ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York o ante el Departamento Local de Servicios Sociales; y tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial a la Oficina de Audiencias Administrativas o una Apelación Externa del estado de Nueva York, si corresponde.
- Tiene derecho a designar una persona para que hable en su nombre sobre su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a solicitar asistencia al programa del defensor del participante.

Responsabilidades de los miembros

- Recibir servicios cubiertos a través de UHC Dual Complete NY-Y001.
- Usar proveedores de la red de UHC Dual Complete NY-Y001 para los servicios cubiertos en la medida en que los proveedores de la red estén disponibles.
- Obtener una autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos aprobados previamente o en casos de emergencia.
- Recibir atención de su médico si se presenta un cambio en su estado de salud.
- Compartir información de salud completa y precisa con los proveedores de atención médica.
- Informar al personal de UHC Dual Complete NY-Y001 sobre cualquier cambio en su salud y decirle si no comprende o no puede seguir las instrucciones.
- Seguir el plan de atención recomendado por el personal de UHC Dual Complete NY-Y001 (con su aportación).
- Cooperar y ser respetuoso con el personal de UHC Dual Complete NY-Y001 y no discriminarlo por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.
- Notificar a UHC Dual Complete NY-Y001 en el transcurso de dos días hábiles desde la recepción de servicios no cubiertos o no aprobados previamente.
- Notificar a su equipo de atención de la salud de UHC Dual Complete NY-Y001 por adelantado si no estará en su hogar para recibir los servicios o la atención que se ha dispuesto para usted.
- Informar a UHC Dual Complete NY-Y001 antes de mudarse de forma permanente fuera del área de servicio, o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Hacerse responsable por sus acciones, si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador.
- Cumplir sus obligaciones financieras.

Directrices anticipadas

Las directrices anticipadas son documentos legales que garantizan que sus solicitudes se cumplan en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Las directrices anticipadas se pueden entregar a un apoderado de atención de la salud o se pueden incluir en un testamento en vida o una orden de no reanimar. Estos documentos pueden indicar qué atención desea recibir en determinadas circunstancias o pueden autorizar a un familiar o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre.

Es su derecho hacer directrices anticipadas como desee. Es importante que documente cómo desea que continúe su atención si ya no puede comunicarse con los proveedores de manera informada debido a una enfermedad o lesión. Comuníquese con su administrador de la atención para obtener ayuda para completar estos documentos. Si ya tiene una directriz anticipada, comparta una copia con su administrador de la atención.

Información disponible a pedido

- Información sobre la estructura y el funcionamiento de UHC Dual Complete NY-Y001
- Criterios de revisión clínica específicos relacionados con una afección médica en particular y otra información que UHC Dual Complete NY-Y001 considera al autorizar servicios
- Políticas y procedimientos sobre información médica protegida
- Descripción por escrito de los acuerdos organizativos y procedimientos continuos del programa de control de calidad y mejora del rendimiento
- Políticas de acreditación de proveedores
- Una copia reciente del estado financiero certificado de UHC Dual Complete NY-Y001; y políticas y procedimientos utilizados por UHC Dual Complete NY-Y001 para determinar la elegibilidad de un proveedor
- Llame a Servicios para Miembros para obtener información escrita en otro idioma o en un formato alternativo, como audio, letra grande, PDF accesible o braille

Opción de aviso electrónico

UHC Dual Complete NY-Y001 y nuestros proveedores pueden enviarle avisos sobre autorizaciones de servicios, apelaciones del plan, quejas y apelaciones de quejas de forma electrónica, en lugar de hacerlo por teléfono o correo postal.

También podemos enviarle comunicaciones sobre su Manual para miembros, nuestro Directorio de proveedores y los cambios en los beneficios de atención médica administrada por Medicaid de forma electrónica, en lugar de hacerlo por correo.

Podemos enviarle estos avisos por correo electrónico y a través del portal web. Si desea recibir estos avisos de forma electrónica, debe solicitarlo.

Para solicitar avisos electrónicos, comuníquese con nosotros por teléfono, en línea o por correo postal:

Por teléfono: **1-866-547-0772, TTY 711**

En línea: www.myuhc.com

Correo postal: UHC Dual Complete NY-Y001
P.O. Box 30753
Salt Lake City, UT 84130

Cuando se comunique con nosotros, deberá hacer lo siguiente:

- Informarnos cómo desea recibir los avisos que normalmente se envían por correo postal,
- Decirnos cómo desea recibir los avisos que normalmente se realizan por teléfono, y
- Proporcionarnos su información de contacto (número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico, número de fax, etc.).

UnitedHealthcare Dual Complete One le informará por correo postal que ha solicitado recibir notificaciones de forma electrónica.

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 (health information, HI). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

La información médica es información sobre su salud o servicios 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.**

¿Tiene alguna pregunta? Llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**.
Visítenos en línea en myuhc.com/CommunityPlan.

47

Otros detalles del plan

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.
- **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 médica indicada 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.

Otros detalles del plan

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.
- **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 mencionada anteriormente.

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.

¹ Este 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 es información no médica. La información financiera 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.

Otros detalles del plan

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.

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 filiales 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.; UHC 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>.

52 **¿Tiene alguna pregunta?** Llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**. Visítenos en línea en myuhc.com/CommunityPlan.

NOTIFICACIÓN DE LA NO-DISCRIMINACIÓN

UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) cumple con los requisitos fijados por las leyes Federales de los derechos civiles. UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) provee lo siguiente:

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

Si usted necesita estos servicios, por favor llame a UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) al **1-866-547-0772**. Para servicios de TTY/TDD, llame al **711**.

Si usted piensa que UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) no le ha brindado estos servicios o le han tratado a usted de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante UnitedHealthcare Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) haciéndolo por:

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

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

Teléfono: **1-866-547-0772** (servicios de TTY/TDD, llame al **711**)

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

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

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

Los formularios de quejas están disponibles en
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Spanish
注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-547-0772، TTY/TDD 711.	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-547-0772 (телетайп: TTY/TDD 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	French Creole
אויפֿמערקזאָם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Tagalog
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা কথা বলেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Bengali
VINI RE: Shërbime të ndihmës gjuhësore, falas, janë në dispozicion për ju. Telefononi në 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Greek
توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ کو زبان میں مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ 1-866-547-0772, TTY/TDD 711 پر کال کریں۔	Urdu

Aviso de Derechos Civiles

La empresa cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no trata a los miembros de manera diferente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad.

Si piensa que le han tratado en forma injusta debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad, puede enviar una queja a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

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

Debe enviar la queja en un plazo de 60 días desde que se enteró de la situación. Se le enviará una decisión dentro de un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para pedirnos que analicemos la situación nuevamente. Si necesita ayuda con su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en el frente del folleto o en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- **En línea:** <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>
- **Por teléfono:** línea gratuita **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Por correo postal:** U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave SW
HHH Building, Room 509F
Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. O puede solicitar un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en el frente del folleto o en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number on your member identification card. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用您的会员身份证上的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡上的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numero sa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisiyong ito ay libre.

French: Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng thành viên của bạn. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer auf Ihrem Mitgliedsausweis an. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

Korean: 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 가입자 ID 카드에 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

Russian: Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato sulla tessera identificativa. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo apèl gratis ki sou kat idantifikasyon kòm manm ou an. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej członka planu. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、会員IDカードに記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。



Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-866-547-0772**, TTY/TDD **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre; y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. También puede visitar nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

United
Healthcare®
Community Plan

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

