



Bienvenido a la **comunidad.**

Pennsylvania

UnitedHealthcare Community Plan for Kids
(Plan de seguro de salud para niños)

Manual para Miembros de CHIP



Números de teléfono

Servicios para Miembros

Lunes a viernes, 8:00 a.m. a 5:00 p.m. 1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711

Servicios médicos para necesidades especiales 1-877-844-8844, TTY/PA RELAY 711

Healthy First Steps (Primeros Pasos Saludables) 1-877-813-3417, TTY/PA RELAY 711

Línea de emergencia de fraude y abuso 1-877-401-9430, TTY/PA RELAY 711



Sitio web UHCommunityPlan.com



Sus proveedores de salud

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Sala de emergencias: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

8 ¡Bienvenido!

10 Elegibilidad e inscripción

- 10 ¿Quién es elegible para CHIP?
 - 10 ¿Cómo puedo averiguar sobre la inscripción o la elegibilidad de mi hijo?
 - 10 ¿Qué opciones CHIP están disponibles?
 - 10 ¿Qué cambios debo informar durante el período de beneficio?
 - 11 ¿Puedo transferir la cobertura CHIP de mi hijo a otra empresa de seguros CHIP?
 - 11 ¿Puedo pedir una reevaluación de elegibilidad durante un período de beneficio CHIP?
 - 11 ¿Cómo puedo agregar otro hijo a la cobertura CHIP?
 - 11 ¿Una miembro de CHIP embarazada permanece en CHIP?
 - 11 ¿Cómo puede agregarse a la cobertura CHIP el recién nacido de una miembro de CHIP?
 - 12 ¿Hay lista de espera para CHIP?
 - 12 ¿Cuánto dura la cobertura CHIP de mi hijo?
 - 12 ¿Cómo renuevo la cobertura CHIP de mi hijo?
 - 12 ¿Qué puede causar que finalice la cobertura CHIP de mi hijo?
 - 14 ¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con los resultados de la determinación de elegibilidad o si la cobertura CHIP de mi hijo finaliza?
-

15 Derechos y responsabilidades de los miembros

- 15 Derechos de los miembros
 - 16 Responsabilidades de los miembros
-

18 Servicios para Miembros

- 18 ¿Puede ayudarme Servicios para Miembros si hablo un idioma extranjero?
 - 18 ¿A qué número debo llamar si tengo problemas de audición?
 - 18 ¿Cómo puede ayudarme Servicios para Miembros si tengo problemas de vista?
-

19 Tarjetas de identificación

- 19 ¿Por qué tiene que usar mi hijo una tarjeta de identificación?
- 19 ¿Qué debo hacer si se pierde la tarjeta de identificación de mi hijo?

20 Proveedor de atención primaria

- 20 ¿Cuál es el papel del proveedor de atención primaria (PCP) en la atención médica de su hijo?
 - 20 ¿Qué pasa si el actual PCP de su hijo no es un proveedor participante?
 - 20 ¿Cómo elijo al PCP de mi hijo?
 - 21 ¿Cómo hago para cambiar al PCP de mi hijo?
 - 21 Proveedores especialistas
 - 22 ¿Qué debo hacer si mi hijo necesita ver a un especialista?
 - 22 ¿Qué especialistas no requieren una remisión?
 - 22 ¿Qué es una remisión?
 - 22 ¿Qué es una remisión permanente?
 - 22 ¿Puede un especialista ser el PCP de mi hijo?
 - 23 ¿Qué ocurre si mi hijo es referido a un especialista que no es participante?
 - 23 ¿Qué pasa si el actual especialista de su hijo no es un proveedor participante?
 - 23 ¿Qué ocurre si mi hija está embarazada y su obstetra/ginecólogo actual no es un proveedor participante?
 - 23 ¿Cómo puedo obtener una segunda opinión para mi hijo?
-

24 Continuidad de la atención

- 24 ¿Qué es la continuidad de la atención?
 - 24 ¿Cómo promueve UnitedHealthcare la continuidad de la atención para mi hijo?
 - 24 ¿En qué circunstancias no se permitiría a un proveedor seguir atendiendo a mi hijo según la política de continuidad de la atención?
-

25 Atención de emergencia

- 25 ¿Adónde debo dirigirme para recibir servicios de emergencia?
 - 25 ¿Qué debo hacer si pienso que mi hijo requiere atención de emergencia?
 - 26 Atención de urgencia
 - 26 ¿Qué es un centro de atención de urgencia?
-

27 Servicios fuera de la red

- 27 ¿Qué es un proveedor de fuera de la red?
- 27 ¿Qué es una instalación de fuera de la red?
- 27 ¿Cómo puede mi hijo lograr acceso a servicios fuera de la red?
- 27 Servicios fuera del área
- 28 ¿Cómo se pagan los reclamos por servicios fuera de la red?

29 Sus costos por servicios cubiertos

- 29 ¿Qué son las primas y cuándo debo pagarlas?
- 29 ¿Qué son los copagos y cuándo debo pagarlos?
- 29 ¿Cuándo puede pasarme una factura un proveedor?
- 30 Coordinación de beneficios
- 30 Subrogación

31 Resumen de beneficios de CHIP

38 Beneficios médicos de CHIP

55 Beneficios de farmacia

- 55 ¿Están cubiertos los medicamentos de marca?
- 55 ¿Están cubiertos los medicamentos de venta libre?

56 Beneficios de salud mental

- 56 ¿De quién puede mi hijo recibir servicios de salud mental?
- 56 ¿Mi hijo precisa una remisión para visitar a un especialista en salud mental?
- 56 ¿Qué pasa si mi hijo tiene una emergencia de salud mental?
- 57 ¿Qué debo saber sobre los servicios de salud mental a pacientes hospitalizados?
- 57 ¿Los servicios de salud mental para paciente ambulatorio precisan autorización previa?

58 Beneficios para el abuso de sustancias

- 58 ¿De quién puede mi hijo recibir servicios para luchar contra el abuso de sustancias?
- 58 ¿Mi hijo precisa una remisión para visitar a un especialista en abuso de sustancias?
- 58 ¿Qué pasa si mi hijo tiene una emergencia o una crisis de abuso de sustancias?
- 59 ¿Qué debo saber sobre la desintoxicación de paciente hospitalizado?
- 60 ¿Qué debo saber sobre el tratamiento residencial no hospitalario?
- 60 ¿Qué beneficios contra el abuso de sustancias para paciente ambulatorio están cubiertos?

61 Beneficios odontológicos

- 61 ¿A quién puede ver mi hijo para la atención odontológica?
- 61 ¿Puede mi hijo recibir servicios de un proveedor odontológico no participante?
- 61 ¿Cuánto cuesta la atención odontológica?
- 62 ¿Qué servicios odontológicos no cubre CHIP?
- 62 ¿Qué servicios odontológicos cubre CHIP?
- 62 Tratamiento de ortodoncia (frenos dentales)

63 Beneficios oftalmológicos

- 64 ¿A quién puede ver mi hijo para la atención oftalmológica?
- 64 ¿Cuánto cuesta la atención oftalmológica?
- 65 ¿Qué beneficios oftalmológicos están cubiertos?
- 67 ¿Qué beneficios oftalmológicos no están cubiertos?

68 Cuidados preventivos

70 Exclusiones de CHIP

78 Programas de Manejo de enfermedades y de Casos

- 78 ¿Qué programas de manejo de enfermedades están disponibles?
- 78 ¿Cómo puedo inscribir a mi hijo en un programa de manejo de enfermedades?

79 Administración de utilización

80 Evaluación de nuevos tratamientos y tecnologías

81 Programa de mejoramiento de la calidad

82 Privacidad y confidencialidad

- 82 ¿Qué derechos a la privacidad y confidencialidad tiene mi hijo?
- 82 ¿Qué tipo de información está cubierta por las políticas de privacidad y confidencialidad de UnitedHealthcare?
- 82 ¿En qué circunstancias puede UnitedHealthcare revelar legalmente la información médica protegida de mi hijo?
- 83 ¿Qué debo hacer si creo que los derechos a la privacidad de mi hijo han sido violados?
- 83 ¿Cómo puedo aprender más acerca de la ley HIPAA y los derechos a la privacidad de mi hijo?

84 Fraude y abuso

85 Reclamos y quejas

- 86 ¿Qué es un reclamo?
- 87 ¿Qué debo saber para presentar un reclamo de primer nivel?
- 87 ¿Qué debo saber para presentar un reclamo de segundo nivel?
- 88 ¿Qué necesito saber acerca de cómo presentar una apelación de reclamo ante el Departamento de salud o el Departamento de seguros?
- 89 ¿Qué es una queja?
- 90 ¿Qué debo saber para presentar una queja de primer nivel?
- 90 ¿Qué debo saber para presentar una queja de segundo nivel?
- 91 ¿Qué necesito saber para presentar una queja externa ante el Departamento de salud?
- 93 ¿Qué es una revisión expedita de queja?
- 93 ¿Qué debo saber para solicitar una revisión expedita interna de queja?
- 94 ¿Qué debo saber para solicitar una revisión expedita externa de queja?

95 Definiciones útiles

99 Noticias de privacidad

Bienvenido a **UnitedHealthcare Community Plan.**

¡Bienvenido!

Gracias por inscribir a su hijo en el programa de seguro de salud para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) que le ofrece el Plan para Niños de UnitedHealthcare Community Plan. Nuestros miembros tienen una amplia gama de beneficios disponible mediante el programa CHIP. Estos beneficios son:

- Visitas médicas
- Recetas
- Chequeos
- Atención dental y de la visión
- Visitas a sala de urgencias
- Atención médica conductual
- Estadías hospitalarias
- Exámenes y radiografías

CHIP es un programa fundado por el estado y el gobierno federal que provee seguro de salud para niños hasta los 19 años de edad que no son elegibles para Asistencia Médica (Medical Assistance). UnitedHealthcare les provee cobertura a través de CHIP mediante un contrato con la Oficina de CHIP del Departamento de Seguros de Pennsylvania. Cada miembro de CHIP debe renovar los beneficios anualmente (sujeto a la disponibilidad de fondos para el programa y de la continuidad de elegibilidad que exista). El proceso de renovación es simple y se describe en este manual.

Este manual le ayudará a entender los beneficios CHIP de su hijo, cómo acceder a la atención y cómo ponerse en contacto con nosotros, si fuera necesario. También brinda información sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros.

Si no ha recibido por correo la tarjeta de identificación (ID) de miembro de UnitedHealthcare de su hijo, le llegará a la brevedad. Cada niño inscrito recibe su propia tarjeta ID. Usted deberá usar esta tarjeta cuando su hijo reciba atención. También deberá presentar la tarjeta en la farmacia al obtener recetas para su hijo.

Bienvenido

Si tiene algún problema para leer o entender esta información, si tiene preguntas acerca de la cobertura de su hijo o la atención que recibe su hijo, o si no recibe la tarjeta ID de su hijo dentro de las próximas dos semanas, póngase en contacto con Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

- Sea cual sea su idioma, podemos ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, y dígales qué idioma habla y que precisa asistencia especial.
- Si desea pedir un Manual para el Miembro u otra información relativa a CHIP en español, sin costo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.
- Si tiene problemas de audición y llama desde un teléfono **TTY**, llame al **711**.
- Si tiene problemas de vista y desea pedir un Manual para el Miembro u otra información sobre UnitedHealthcare en formato alternativo, como una cinta de audio, Braille o con caracteres grandes, sin costo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Para su comodidad, Servicios para Miembros está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede visitar nuestro sitio web en **UHCommunityPlan.com** para ver más información sobre los beneficios CHIP, o puede escribirnos a:

UnitedHealthcare Community Plan for Kids
2 Allegheny Center, Suite 600
Pittsburgh, PA 15212

Bienvenido a CHIP, que le brinda el Plan para Niños de UnitedHealthcare Community Plan. Nos complace que sea miembro y deseamos servirle.

¿Quién es elegible para CHIP?

Para tener derecho e inscribirse en el programa CHIP, su hijo debe:

- Ser menor de 19 años;
- Ser ciudadano de Estados Unidos, ser ciudadano nacionalizado o extranjero calificado;
- Ser residente de Pennsylvania;
- No estar asegurado y no ser elegible para asistencia médica.

¿Cómo puedo averiguar sobre la inscripción o la elegibilidad de mi hijo?

Puede averiguar sobre la inscripción o la elegibilidad de su hijo, los beneficios disponibles para él, e incluso encontrar proveedores participantes en su zona, si llama a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025**, TTY/PA RELAY 711.

¿Qué opciones CHIP están disponibles?

Según el tamaño y el ingreso de su familia, su hijo puede tener derecho a cobertura CHIP Gratuito, de Bajo Costo o de Costo Completo.

- La cobertura gratuita no requiere el pago de primas mensuales ni copagos.
- La cobertura de Bajo Costo y la de Costo Completo requieren un pago de prima mensual y copago por ciertos servicios.
 - Si su hijo tiene derecho a la cobertura de Bajo Costo o la de Costo Completo, usted recibirá instrucciones detalladas y una factura mensual que debe enviar con el pago para que su hijo siga inscrito en CHIP.
 - Su hijo perderá la cobertura si la prima mensual no ha sido pagada en la fecha de vencimiento que figura en la factura.
 - Si su hijo pierde la cobertura por falta de pago o por pago atrasado, su hijo puede no ser elegible otra vez para CHIP hasta después de tres meses a partir de la fecha en que la cobertura haya terminado.

¿Qué cambios debo informar durante el período de beneficio?

Asegúrese de informar inmediatamente sobre cualquier cambio en las circunstancias de su familia después de que su hijo se haya inscrito. Si no informa sin demora sobre cualquier cambio, puede perder la cobertura. Dichos cambios pueden incluir:

- Un cambio en el tamaño de la familia;
- Un cambio de dirección;
- Un cambio de número de teléfono, o
- Un cambio del ingreso familiar.

Elegibilidad e inscripción

¿Puedo transferir la cobertura CHIP de mi hijo a otra empresa de seguros CHIP?

Sí. Para transferir la cobertura CHIP de su hijo a otra empresa de seguros CHIP, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, y pida la transferencia. Antes de pedir la transferencia, asegúrese de que la empresa de seguros a la que le gustaría cambiarse participe en CHIP en su zona y de que su médico participe con esa empresa de seguros. El cambio se hará efectivo poco después de que usted se haya puesto en contacto con UnitedHealthcare y no habrá ninguna interrupción de la cobertura CHIP.

Un representante de servicio al cliente le comunicará la fecha efectiva del cambio y usted recibirá una carta confirmando esa información. Hasta esa fecha, su hijo debe seguir usando los beneficios CHIP mediante UnitedHealthcare.

¿Puedo pedir una reevaluación de elegibilidad durante un período de beneficio CHIP?

Si usted lo solicita, UnitedHealthcare reevaluará la elegibilidad de su hijo durante el período de beneficio CHIP para ver si podría tener derecho a una opción CHIP menos cara. UnitedHealthcare reevaluará la elegibilidad de su hijo basada en cualquier cambio del tamaño de su familia o del ingreso. Se le informará si los cambios resultan o no en un cambio de las opciones CHIP. Usted no está obligado a cambiar de opción durante un período de beneficio.

¿Cómo puedo agregar otro hijo a la cobertura CHIP?

Si su familia ya tiene un hijo inscrito en CHIP, usted puede agregar a otro hijo de la familia si llama a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**. No se requiere ninguna información económica adicional. Aun así precisaremos verificar que el niño agregado cumpla otros requisitos de elegibilidad. Cuando se establezca la elegibilidad, el niño será inscrito.

¿Una miembro de CHIP embarazada permanece en CHIP?

Una miembro de CHIP que quede embarazada durante el período de 12 meses de elegibilidad para CHIP permanece en CHIP durante todo el período de 12 meses. Si la miembro sigue cubierta por CHIP cuando nazca el niño, la miembro de CHIP debe comunicarse inmediatamente con Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, para que UnitedHealthcare pueda examinar la elegibilidad del recién nacido para CHIP o asistencia médica. UnitedHealthcare establecerá para qué programa es elegible el recién nacido según la información pertinente sobre ingreso y tamaño familiar contenida en la solicitud original del miembro.

¿Cómo puede agregarse a la cobertura CHIP el recién nacido de una miembro de CHIP?

Si una miembro de CHIP tiene un hijo recién nacido mientras está inscrita en CHIP, el recién nacido está automáticamente cubierto por CHIP durante los primeros 31 días de vida. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, inmediatamente **después** de que nazca el niño para empezar el proceso de inscripción necesario para que el recién nacido obtenga la cobertura de asistencia médica luego de que termine el período de 31 días. Si el recién nacido no es elegible para CHIP, pero parece ser elegible para asistencia médica, la solicitud del recién nacido se enviará automáticamente a la Oficina de Asistencia Social del Condado para ser procesada.

¿Hay lista de espera para CHIP?

No.

¿Cuánto dura la cobertura CHIP de mi hijo?

La cobertura CHIP de su hijo se extiende durante un año calendario completo (12 meses) a partir del primer día de la inscripción de su hijo, salvo que la elegibilidad cambie debido a razones no económicas (p. ej., que se mude de estado, que llegue a los 19 años, que se inscriba en Medicaid, etc.). Este período se llama período de beneficio. Al final del año usted debe renovar la cobertura CHIP de su hijo, o la cobertura terminará.

¿Cómo renuevo la cobertura CHIP de mi hijo?

Usted recibirá una carta y un formulario de renovación de UnitedHealthcare 90 días antes del final del período de beneficio. En la carta de renovación y en el formulario de renovación se le comunicará qué información debe brindar para la revisión anual.

Usted debe renovar en Internet, en www.compass.state.pa.us; por teléfono, al 1-800-986-KIDS, o en papel, llenando el formulario y enviándolo con toda la documentación requerida a UnitedHealthcare **antes** del vencimiento del plazo, o la cobertura CHIP de su hijo terminará en la fecha mencionada en la carta.

Es posible que la cobertura de asistencia médica de su hijo cambie al momento de la renovación anual. UnitedHealthcare **tiene que** revisar su ingreso familiar todos los años. Dentro de los 15 días siguientes a haber recibido su formulario de renovación y cualquier otro documento solicitado, se le enviará una carta que le dirá si su hijo sigue siendo elegible para CHIP y le explicará cualquier cambio en la cobertura para el nuevo período de beneficio.

Si su hijo no es elegible para CHIP pero parece ser elegible para asistencia médica, su solicitud de renovación será enviada a la Oficina de Asistencia del Condado para ser procesada. Si su hijo no es elegible para CHIP ni para asistencia médica, recibirá una carta que le explicará por qué fue negada su solicitud de renovación, junto con información sobre cómo apelar la decisión si no está de acuerdo con ella.

¿Qué puede causar que finalice la cobertura CHIP de mi hijo?

Recibirá un aviso escrito de UnitedHealthcare por correo antes de que la cobertura de su hijo finalice. La carta incluirá la fecha en que finalizará la cobertura CHIP de su hijo y la razón por la que finaliza. Las siguientes razones determinarán la finalización de la cobertura CHIP de su hijo:

Elegibilidad e inscripción

- **Su hijo ya no es elegible para CHIP debido a que su ingreso familiar es demasiado bajo.**
A menos que se solicite lo contrario, si su hijo ya no es elegible para CHIP debido a que su ingreso familiar es demasiado bajo, la cobertura CHIP de su hijo finalizará **en la fecha de renovación**. La solicitud de renovación de su hijo será enviada a la oficina de asistencia del condado para determinar su elegibilidad para asistencia médica. Su hijo no tendrá ninguna interrupción en la cobertura.
- **Si usted no responde a ningún aviso de renovación.** Si usted no responde a ningún aviso de renovación, finalizará la cobertura de su hijo.
- **Si usted no proporciona toda la información solicitada necesaria para que UnitedHealthcare complete el procedimiento de renovación.** Debe proporcionar la información solicitada que figura en su formulario de renovación; si no, la renovación no puede ser completada y la cobertura CHIP de su hijo finalizará.
- **Si su hijo está cubierto por una política de seguro privado de salud o por asistencia médica.** La cobertura CHIP de su hijo finalizará desde el primer día del mes en el que la otra cobertura entró en vigor. Su hijo no sufrirá ninguna interrupción en la cobertura y cualquier prima pagada a UnitedHealthcare luego de la fecha de finalización le será reembolsada.
- **Falta de pago de la prima en CHIP de Bajo Costo o de Costo Completo.** Si su hijo está inscrito en los programas CHIP, tanto de Bajo Costo como de Costo Completo, y usted no paga la prima a la fecha de vencimiento, recibirá una carta 30 días antes de la fecha de finalización, haciéndole saber que tiene 30 días para pagar la prima, o de lo contrario la cobertura CHIP de su hijo finalizará.
- **Finalización voluntaria.** Usted puede finalizar la cobertura CHIP de su hijo en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, e informando que su hijo no necesita más la cobertura CHIP.
- **Su hijo cumple 19 años.** Un niño es elegible para CHIP hasta los 19 años de edad. La cobertura finaliza el último día del mes que el niño cumple 19.
- **Su hijo se muda fuera del estado.** CHIP cubre solamente a los residentes en Pennsylvania. La cobertura de su hijo finalizará en forma retroactiva el primer día del mes inmediatamente posterior a su traslado a otro estado.
- **Su hijo está encarcelado o internado en una institución pública para enfermedades mentales.**
Su hijo no es elegible para ser cubierto por CHIP si está encarcelado o internado en una institución pública para enfermedades mentales. Una vez que su hijo deje de estar encarcelado o internado en una institución pública para enfermedades mentales y cumpla con los otros requisitos de elegibilidad, será nuevamente elegible para CHIP.
- **La información incorrecta que fuera proporcionada al momento de la solicitud de la renovación podría determinar una decisión de inelegibilidad.** Si se determina que fue utilizada información fraudulenta o incorrecta en la solicitud o la renovación de la cobertura CHIP de su hijo, su cobertura finalizará.

Elegibilidad e inscripción

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con los resultados de la determinación de elegibilidad o si la cobertura CHIP de mi hijo finaliza?

Si no está de acuerdo con la decisión, puede pedir una revisión imparcial de la determinación tomada por UnitedHealthcare de que su hijo:

- Ha perdido la cobertura CHIP;
- No es elegible para CHIP, o
- Es elegible para una opción CHIP diferente a la que tenía.

Si se pide una revisión, la misma se hará con usted y un representante de UnitedHealthcare. Puede elegir a alguien para que actúe como su representante.

Para pedir una revisión, debe enviar una carta y una copia del aviso recibido de UnitedHealthcare que explique por qué desea una revisión. La petición debe enviarse dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la carta de UnitedHealthcare. La petición de revisión deberá enviarse a:

UnitedHealthcare Community Plan for Kids
Attn: Xerox – Uniprise Project
3315 Central Avenue
Hot Springs, AR 71913-9940

Si es necesaria una entrevista formal, nosotros coordinaremos con el Departamento de Seguros de Pennsylvania. El Departamento de Seguros de Pennsylvania se pondrá en contacto con usted y le proporcionará más información, incluyendo la fecha y la hora de la revisión. De ser posible, la revisión se hará en forma telefónica. Usted puede pedir una revisión en persona.

La cobertura para un niño inscrito en CHIP Gratuito debe continuar sin interrupción dependiendo de los resultados de la revisión de elegibilidad. En el evento que la cobertura del niño se termine antes de recibir la solicitud para una revisión, la cobertura se reinstalará retroactivamente a la fecha cuando fue terminada.

Si usted decide continuar pagando la prima mensual hasta que el proceso de revisión se complete, la cobertura de un niño inscrito en CHIP de Bajo Costo (Low Cost CHIP) deberá continuar sin interrupción mientras se espera el resultado de la revisión de elegibilidad.

Cuando se recibe una solicitud de revisión de un miembro inscrito en CHIP de Bajo Costo, se le ofrecerá la opción de seguir pagando la prima para que la cobertura siga mientras se espera el resultado de la revisión.

- Si usted opta por continuar pagando la prima, la cobertura continuará.
- Si usted no desea pagar la prima, la cobertura terminará.

Derechos de los miembros

Como padre/madre o tutor de un miembro de CHIP, tiene derecho a:

- Recibir información sobre las responsabilidades y derechos de su hijo;
- Recibir información sobre todos los beneficios, servicios y programas que ofrece CHIP, que se le otorgan a través de UnitedHealthcare;
- Conocer acerca de las políticas que pueden afectar la afiliación de su hijo;
- Información básica acerca de médicos y otros proveedores que participan en UnitedHealthcare;
- Elegir de la red de proveedores participantes de UnitedHealthcare y rechazar la atención de determinados médicos;
- Pedir que un especialista lo atienda como proveedor de atención primaria si su hijo tiene determinados diagnósticos o necesidades médicas especiales;
- Ser tratado con el respeto y la consideración debidos a la dignidad y privacidad de su hijo;
- Esperar que la información que proporciona a UnitedHealthcare y todo lo que usted o su hijo discuten con el médico de su hijo, será tratado confidencialmente y no será revelado a otros sin su permiso;
- Que todos los registros pertenecientes a la asistencia médica de su hijo sean tratados como confidenciales, a menos que sean necesarios para tomar decisiones de cobertura o sean requeridos por la justicia;
- Ver los registros médicos de su hijo, a menos que su acceso esté específicamente restringido por imperativo legal o del médico tratante por razones médicas, tener sus propias copias y pedir que se hagan correcciones, si fuera necesario;
- Recibir información clara y completa del médico de su hijo acerca del tratamiento y estado de salud de su hijo, incluyendo qué opciones tiene y qué riesgos involucra;
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles sin importar el costo o la cobertura de beneficios;
- Formar parte de cualquier decisión que se tome sobre la salud de su hijo;
- Negarse a que su hijo reciba cualquier droga, tratamiento u otro procedimiento ofrecido por UnitedHealthcare o sus proveedores, en la medida de lo permitido por la ley;
- Ser informado por un médico acerca de qué puede suceder si los medicamentos, tratamientos o procedimientos son rechazados;
- Negarse a que su hijo participe en proyectos de investigación médica;
- Dar el consentimiento informado antes del comienzo de cualquier procedimiento o tratamiento;

Derechos y responsabilidades de los miembros

- Asegurarse de que su hijo reciba asistencia oportuna en el caso de una emergencia;
- Cuestionar las decisiones tomadas por UnitedHealthcare o sus proveedores participantes, y presentar un reclamo o una queja referida a cualquier decisión administrativa o médica con la que no esté de acuerdo;
- Hacer recomendaciones referidas a las políticas de “derechos y responsabilidades” de los miembros de UnitedHealthcare;
- Ejercitar sus derechos sin que se afecte negativamente la forma en que UnitedHealthcare, sus proveedores y los organismos estatales pueden tratarlo; y
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia según lo especificado en otras regulaciones federales sobre el uso de restricciones y reclusión.

Responsabilidades de los miembros

Como padre/madre o tutor de un miembro de CHIP, tiene el deber de:

- Entender cómo funciona CHIP, otorgado a través de UnitedHealthcare, leyendo este manual y demás información a su disposición;
- Seguir las directivas establecidas en este manual y demás información a su disposición y preguntar acerca de cómo acceder apropiadamente a los servicios de asistencia médica;
- Notificar a UnitedHealthcare y a los proveedores de su hijo cualquier información que pueda afectar la afiliación de su hijo o el derecho a beneficios del programa, incluyendo otras políticas de seguro de salud por las que su hijo quede cubierto;
- Proveer información médica actualizada a UnitedHealthcare y sus proveedores, para que puedan proporcionar a su hijo la asistencia adecuada;
- Asegurarse de que su proveedor de asistencia primaria tenga toda la historia clínica de su hijo, incluyendo los registros de otros médicos;
- **Ponerse en contacto con el proveedor de asistencia primaria de su hijo antes que con otra asistencia médica, excepto en el caso de una verdadera emergencia;**
- Acceder al uso apropiado de la información de la salud de su hijo;
- Tratar a los proveedores de su hijo con dignidad y respeto, lo que incluye llegar en hora a las citas y llamar con antelación si debe cancelar una cita;
- Proporcionar un ambiente seguro para los servicios administrados en su hogar;
- Aprender acerca de los problemas de salud de su hijo y trabajar con los proveedores para desarrollar un plan para el cuidado de su hijo;

Derechos y responsabilidades de los miembros

- Seguir las instrucciones y directivas que reciba de los proveedores, tales como tomar sus recetas conforme a lo indicado y acudir a las citas de seguimiento;
- Tomar la entera responsabilidad por cualquier consecuencia de su decisión de rechazar un tratamiento en nombre de su hijo;
- Ponerse en contacto con UnitedHealthcare si su hijo es ingresado al hospital o a una sala de emergencia dentro de las 24 horas o tan pronto como sea posible;
- Usar la tarjeta de identificación de miembro de su hijo para acceder a la atención; y
- Pagar cualquier honorario aplicable.

Servicios para Miembros

Servicios para Miembros está listo y esperando para ayudarlo con cualquier pregunta acerca de la cobertura de su hijo o la atención que reciba. El número de Servicios para Miembros está impreso en la tarjeta de identificación de su hijo y es gratuito. Puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**. Para su comodidad, Servicios para Miembros está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

También puede visitar nuestro sitio web **UHCCommunityPlan.com** para obtener más información acerca de los beneficios de CHIP para su hijo, o puede escribirnos a:

UnitedHealthcare Community Plan for Kids
2 Allegheny Center, Suite 600
Pittsburgh, PA 15212

¿Puede ayudarme Servicios para Miembros si hablo un idioma extranjero?

Sea cual sea su idioma, podemos ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, y díganos qué idioma habla y que precisa asistencia especial.

Si desea pedir un Manual para el Miembro u otra información relativa a UnitedHealthCare en español, sin costo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

¿A qué número debo llamar si tengo problemas de audición?

Si tiene problemas de audición y llama desde un teléfono **TTY**, llame al **711**.

¿Cómo puede ayudarme Servicios para Miembros si tengo problemas de vista?

Si tiene problemas de vista y desea pedir un Manual para el Miembro u otra información sobre UnitedHealthcare en formato alternativo, como una cinta de audio, Braille o con caracteres grandes, sin costo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Tarjetas de identificación

En los próximos 10 días, usted recibirá por correo la(s) tarjeta(s) de identificación (ID) de UnitedHealthcare para su hijo. La(s) tarjeta(s) le dan derecho a su hijo a todos los beneficios de CHIP que se explican en la sección de beneficios de este manual (incluidos los médicos, odontológicos, oftalmológicos, de salud conductual, etc.). La(s) tarjeta(s) tienen el nombre de su hijo, su número de identificación como miembro, su médico de atención primaria (primary care provider, PCP) y los números de Servicios para Miembros tanto de UnitedHealthcare como de United Behavioral Health.

La(s) tarjeta(s) de ID de su hijo son solo para su uso personal. No permita que ninguna otra persona utilice las tarjetas de ID de su hijo.

 Health Plan (80840) 911-87726-04 Member ID: 999999999	
Member: Subscriber Brown	Payer ID: 87726
PCP Name: Provider Brown PCP Phone: (999) 999-9999	 Rx Bin: 610494 Rx Grp: ACUPA Rx PCN: 9999
Copay: OFFICE/SPEC/ER \$0/\$0/\$0	
0501 UnitedHealthcare Community Plan for Kids Administered by UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.	

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. <small>Printed: 09/28/11</small>	
	
By using this card for services, you agree to the release of medical information, as stated in your member handbook. To verify benefits or to find a provider, visit the website www.myuhc.com/communityplan or call.	
For Members: 800-414-9025	TTY/PA RELAY 711
Mental Health:	866-261-7692
For Providers: www.uhccommunityplan.com	800-600-9007
Medical Claims: PO Box 8207, Kingston, NY, 12402	
Pharmacy Claims: OptumRx, PO Box 29044, Hot Springs, AR 71903	
For Pharmacists: 877-305-8952	

¿Por qué tiene que usar mi hijo una tarjeta de identificación?

Usted tendrá que exhibir la tarjeta de identificación de su hijo a los proveedores cada vez que necesite recibir alguno de los servicios cubiertos.

¿Qué debo hacer si se pierde la tarjeta de identificación de mi hijo?

Si se pierde la tarjeta de identificación de su hijo, llame inmediatamente a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**. Se le enviará una nueva tarjeta de identificación por correo.

¿Cuál es el papel del Proveedor de Atención Primaria (PCP) en la atención médica de su hijo?

El PCP es el médico habitual de su hijo. Usted puede elegir su PCP entre, por ejemplo, pediatras, médicos internistas y médicos de familia. Si su hijo tiene necesidades especiales o determinados diagnósticos, es posible que le convenga que su PCP sea un especialista. Para que eso ocurra, el especialista debe aceptar actuar como PCP de su hijo y UnitedHealthcare debe aprobar el acuerdo. Un caso sería, por ejemplo, que una mujer embarazada eligiera a un obstetra/ginecólogo como su PCP.

El PCP realiza exámenes y servicios preventivos a niños sanos y también les atiende cuando se enferman. El PCP ayuda a coordinar la atención si se requieren análisis, si su hijo debe ver a un especialista o si necesita ir a un hospital.

El PCP de su hijo tendrá a alguien disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarle con su atención médica. Si su hijo necesita atención fuera del horario normal de consultorio de su PCP, usted puede llamar igual al PCP. El PCP u otro proveedor de atención médica le instruirán acerca de dónde llevar a su hijo para que le atiendan si el problema no puede esperar hasta el horario normal de consultorio del PCP.

¿Qué pasa si el actual PCP de su hijo no es un proveedor participante?

Si su hijo es un miembro **nuevo** de UnitedHealthcare y hoy en día lo trata un PCP que no participa en UnitedHealthcare, debe avisar inmediatamente a UnitedHealthcare. Para promover la continuidad de la atención, UnitedHealthcare permitirá que su hijo siga viendo a ese proveedor durante 60 días si el proveedor está dispuesto a trabajar con UnitedHealthcare en condiciones de no participante. Durante ese lapso, UnitedHealthcare trabajará con usted para ayudarle a encontrar un PCP que sea un proveedor participante y se haga cargo de la atención de su hijo.

En ciertas circunstancias, puede no serle posible a UnitedHealthcare satisfacer su solicitud de un proveedor determinado. Si un proveedor ha sido retirado de la red de UnitedHealthcare por cuestiones de calidad, o si un organismo gubernamental federal o estatal decide que el proveedor o puede participar en un programa gubernamental, los servicios de ese proveedor no pueden ser cubiertos por UnitedHealthcare.

¿Cómo elijo al PCP de mi hijo?

Todos los niños inscritos deben tener un PCP. Usted dispone de 10 días desde que recibe la carta de aviso de inscripción para elegir un PCP. Si usted no elige un PCP, UnitedHealthcare le asignará uno a su hijo.

Proveedor de Atención Primaria

Puede usar el directorio de Proveedores para ayudarle a encontrar un PCP que participe en UnitedHealthcare. Si elige un PCP que no está atendiendo ya a su hijo, tendrá que comunicarse con el PCP que ha elegido para asegurarse de que esté tomando pacientes nuevos. Puede comunicarse con el PCP llamando al teléfono indicado en el Directorio de Proveedores. Si el PCP acepta a su hijo como paciente, notifíquelo a UnitedHealthcare llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Puede encontrar información sobre los médicos de la red, como el nombre, la dirección, el número de teléfono, las calificaciones profesionales, su especialidad, la certificación de la junta y los idiomas que hablan, en **myuhc.com/CommunityPlan**. Para obtener información sobre la escuela de medicina y los detalles del programa de residencia, comuníquese con Servicios para Miembros. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que se le envíe una copia impresa del directorio de proveedores por correo.

Si tiene dificultades para encontrar un PCP que esté tomando pacientes nuevos, pida ayuda a Servicios para Miembros llamando al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

¿Cómo hago para cambiar al PCP de mi hijo?

Usted puede elegir un nuevo PCP para su hijo en cualquier momento, siempre que siga el procedimiento establecido para solicitar el cambio de PCP.

- Elija a su nuevo PCP en la lista de proveedores participantes del Directorio de Proveedores.
- Asegúrese de que el PCP que elija esté tomando pacientes nuevos.
- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-902, TTY/PA RELAY 711**, y dígame al representante que desea cambiar al PCP de su hijo.

En la mayoría de los casos, el cambio se aplicará de inmediato. **El representante le dirá la fecha en que su hijo puede empezar a ver al nuevo PCP. Su hijo no puede recibir los servicios de su nuevo PCP hasta la fecha en que el cambio se haga oficialmente efectivo.** Si su hijo recibiera servicios del Nuevo PCP antes de que sea reconocido por UnitedHealthcare como el PCP oficial de su hijo, usted puede ser responsable por el pago de esos servicios. Su hijo recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo en la que aparece el nombre del nuevo PCP.

Proveedores especialistas

Los especialistas tienen capacitación, educación y una certificación o licencia de una junta, para la atención médica en un área especializada. Habitualmente, un especialista no es su PCP, a menos que su hijo tenga necesidades especializadas o determinados diagnósticos. Si su PCP cree que su hijo tiene una enfermedad u otro tipo de afección que requiere los servicios de un especialista, lo referirá a un proveedor especialista. Asegúrese de que el especialista al cual lo refiere su PCP esté participando en UnitedHealthcare. Puede averiguarlo preguntándole al PCP o llamando al consultorio del especialista y preguntándole si participa en su plan.

¿Qué debo hacer si pienso que mi hijo necesita ver a un especialista?

Si usted piensa que su hijo tiene una enfermedad u otro tipo de afección que requiere ser tratada por un especialista, hable del tema con su PCP. El PCP le ayudará a decidir qué tipo de especialista puede ayudar mejor a su hijo y, si es necesario, lo remitirá al especialista adecuado. En muchos casos, es necesaria una remisión de su PCP para obtener los servicios de un especialista.

¿Qué especialistas no requieren una remisión?

No todos los especialistas requieren una remisión si participan en UnitedHealthcare. En cualquier caso, usted puede concertar una cita para que los siguientes especialistas vean a su hijo, siempre que sean proveedores participantes, sin una remisión de su PCP:

- Dentistas
- Oftalmólogos
- Optometristas
- Proveedores de atención médica conductual
- Obstetras/ginecólogos por servicios relacionados con exámenes anuales o atención de maternidad.*

¿Qué es una remisión?

Una remisión es una autorización por escrito de su PCP que le da permiso a su hijo para ver a un especialista o recibir otros servicios que están fuera del ámbito de ejercicio de la profesión del PCP. Según cuál sea la práctica del consultorio de su PCP, la remisión puede ser enviada directamente por fax al especialista, o se le puede dar un formulario especial o una receta para que la lleve consigo a la cita de su hijo. **Una remisión es válida por 90 días o tres visitas (lo que se cumpla primero).** A menos que en este manual se especifique otra cosa, su hijo necesitará una remisión para obtener los servicios de un especialista. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, si no está seguro de si su hijo necesita una remisión para ver a un especialista.

¿Qué es una remisión permanente?

Si su hijo tiene una enfermedad o afección con riesgo de vida, degenerativa o incapacitante, UnitedHealthcare puede admitir que tenga una remisión permanente a un especialista. La remisión permanente autoriza a su hijo a ver al especialista por el resto del año calendario sin tener que obtener remisiones adicionales. Su hijo necesitará una nueva remisión permanente cada año calendario.

¿Puede un especialista ser el PCP de mi hijo?

Los miembros con necesidades especiales o determinados diagnósticos pueden requerir que un especialista apropiado de la red actúe como su PCP. Para que eso ocurra, el especialista debe aceptar actuar como PCP de su hijo y UnitedHealthcare debe aprobar el acuerdo. Un ejemplo puede ser una persona embarazada que elige a un obstetra/ginecólogo como su PCP. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, para determinar si su hijo reúne los requisitos para que un especialista actúe como su PCP.

* Un médico OB/GYN nunca requiere una remisión con CHIP de Costo Completo.

¿Qué ocurre si mi hijo es referido a un especialista que no es participante?

Si el PCP remite a su hijo a un especialista que no es un proveedor participante, usted debe obtener un permiso especial de UnitedHealthcare para ver al especialista. Si el servicio requerido puede ser provisto por un especialista participante, usted debe ir al especialista participante para que los servicios estén cubiertos.

¿Qué pasa si el actual especialista de su hijo no es un proveedor participante?

Si su hijo es un miembro **nuevo** de UnitedHealthcare y hoy en día lo trata un especialista que no participa en UnitedHealthcare, debe avisar inmediatamente a UnitedHealthcare. Para promover la continuidad de la atención, en la mayoría de los casos UnitedHealthcare permitirá que su hijo siga viendo a ese proveedor hasta por 60 días si tiene un tratamiento activo en curso y si el especialista está dispuesto a trabajar con UnitedHealthcare en condiciones de no participante. Durante ese lapso, UnitedHealthcare trabajará con usted para ayudarle a encontrar un especialista que sea un proveedor participante y se haga cargo de la atención de su hijo.

¿Qué ocurre si mi hija está embarazada y su obstetra/ginecólogo actual no es un proveedor participante?

Si su hija es una miembro **nueva** de UnitedHealthcare y está en el tercer trimestre de su embarazo, y ya es atendida por un obstetra/ginecólogo que no está en la red de UnitedHealthcare, en la mayoría de los casos podrá seguir recibiendo los servicios de ese especialista durante el resto del embarazo, en el parto y en la atención posterior al parto.

Una miembro que esté en el primer o segundo trimestre de embarazo tendrá que elegir un nuevo obstetra/ginecólogo que participe en UnitedHealthcare. Si necesita ayuda para encontrar un obstetra/ginecólogo participante que acepte nuevas pacientes, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

¿Cómo puedo obtener una segunda opinión para mi hijo?

Su hijo tiene derecho a una segunda opinión acerca de la necesidad médica de una cirugía o de cualquier otro tratamiento médico recomendado. Comuníquese con su PCP y pídale una remisión para obtener una segunda opinión de un especialista proveedor.

Si hay menos de dos especialistas en la red de UnitedHealthcare capacitados para suministrar determinado servicio, su PCP tendrá que enviar a su hijo a un especialista de fuera de la red para obtener una segunda opinión. Su PCP tendrá que comunicarse con UnitedHealthcare para obtener la aprobación especial para que su hijo reciba servicios de un proveedor de fuera de la red.

¿Qué es la continuidad de la atención?

La continuidad de la atención se refiere a la relación comprometida en curso entre un miembro y su proveedor. Promover la continuidad de la atención permite que los proveedores actúen como asesores y abogados del paciente cuando este se mueve por los distintos niveles del sistema de atención médica.

¿Cómo promueve UnitedHealthcare la continuidad de la atención para mi hijo?

Si su proveedor abandona la red de UnitedHealthcare, o si usted está bajo la atención de un proveedor no participante cuando se une a UnitedHealthcare, esta tiene la responsabilidad de trabajar para usted para asegurarse de que su hijo pueda seguir recibiendo la atención médica que necesita.

En la mayoría de los casos, si el proveedor que le atiende a usted deja de participar en UnitedHealthcare, un miembro puede continuar con su tratamiento en curso con ese proveedor durante un período de transición. Eso incluye embarazadas en el tercer trimestre que, salvo en ciertas circunstancias, pueden seguir recibiendo tratamiento de su obstetra/ ginecólogo tanto por el embarazo como por la atención posterior al parto.

En la mayoría de los casos, un miembro nuevo puede seguir recibiendo un tratamiento en curso de un proveedor no participante durante un período de transición. Esto incluye tanto al médico de atención primaria del miembro como a los especialistas que lo están tratando activamente en el momento en que comienza la cobertura CHIP de UnitedHealthcare.

Si tiene preguntas sobre la continuidad de la atención, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

¿En qué circunstancias no se permitiría a un proveedor seguir atendiendo a mi hijo según la política de continuidad de la atención?

En ciertas circunstancias, puede ser que UnitedHealthcare no pueda cubrir los servicios suministrados por determinado proveedor. Los siguientes son algunos ejemplos (pero no todos) de esos casos:

- Su proveedor actual se niega a recibir pagos de UnitedHealthcare;
- Su proveedor actual ha sido excluido de la red de UnitedHealthcare por causa justificada, o
- Su proveedor actual tiene prohibido recibir dinero de un programa financiado por el gobierno.

Atención de emergencia

Atención de emergencia

La atención de emergencia consiste en los servicios proporcionados a un miembro después de la aparición súbita de una afección médica, acompañada con síntomas de rápido avance o de gravedad suficiente o de dolor intenso tales que una persona normal podría suponer razonablemente que la ausencia de una atención médica inmediata podría tener una o más de las siguientes consecuencias:

- Estaría en riesgo la salud del miembro;
- Si la miembro está embarazada, estaría en riesgo su hijo por nacer;
- El miembro sufriría un trastorno grave de sus funciones corporales, o
- El miembro sufriría una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

La atención de emergencia incluye el transporte y los servicios de emergencia relacionados, suministrados por un servicio de ambulancia certificado, si la afección cumple los criterios arriba mencionados.

¿Adónde debo dirigirme para recibir servicios de emergencia?

En una emergencia, debe procurar atención médica en el hospital o con el proveedor de atención médica más cercanos. A veces, esto significa que su hijo sea tratado por un hospital no participante o que está fuera del plan (especialmente si la emergencia ocurre fuera del área de servicio de UnitedHealthcare). Si eso ocurre, es posible que haya que transferir a su hijo a un hospital o proveedor participante. Esta transferencia no podrá hacerse hasta que el estado de su hijo se haya estabilizado. UnitedHealthcare analizará la situación de su hijo con el proveedor que lo está tratando, y el médico le hará saber a UnitedHealthcare cuando se pueda transferir a su hijo.

¿Qué debo hacer si pienso que mi hijo requiere atención de emergencia?

Ante una emergencia, obtenga de inmediato la atención que su hijo necesita. Si está fuera del área de servicio, diríjase de inmediato a la sala de emergencia más cercana. No se le hará ningún cargo adicional por usar un proveedor o instalación no participante.

Si no está seguro de que la situación de su hijo cumpla los requisitos de una emergencia, pídale consejo al PCP.

Es importante recordar que el proveedor de servicios de emergencia no sustituye al PCP de su hijo. El PCP de su hijo lo conoce mejor y, si el niño no requiere servicios de emergencia, llevarlo a ver al PCP le dará la mejor continuidad de la atención.

Si su hijo está en situación de riesgo de vida, pida ayuda de inmediato al 911. Algunos ejemplos de emergencias con riesgo de vida son:

- Envenenamiento
- Sangrado abundante
- Dificultad para respirar
- Cortes o quemaduras graves
- Desmayos
- Asfixia
- Dolor de tórax
- Incapacidad súbita para moverse o hablar
- Sobredosis de drogas
- Fracturas óseas

Atención de emergencia

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, el siguiente día hábil para informarle a UnitedHealthcare los servicios de emergencia suministrados a su hijo.

Llame al PCP de su hijo el siguiente día hábil para informarle los servicios de emergencia provistos a su hijo.

Toda la atención de **seguimiento** que su hijo reciba **no** se considera servicio de emergencia. Si la atención de seguimiento es suministrada por un médico que no es el PCP de su hijo:

- Comuníquese con el PCP de su hijo y dele el nombre del proveedor que proveerá la atención de seguimiento.
- Si se le requiere, obtenga autorización previa antes de llevar a su hijo a ver al proveedor.
- Si su hijo recibió servicios de emergencia de un proveedor especialista no participante, su PCP y UnitedHealthcare le ayudarán a relacionarse con un proveedor especialista participante que le pueda dar a su hijo la atención de seguimiento.

Atención de urgencia

La atención de urgencia **no** está pensada para enfermedades o afecciones que requieren atención de emergencia. La atención de urgencia es cualquier servicio proporcionado a un miembro con una afección o lesión que debe tratarse dentro de las 24 horas. Por lo general, el PCP de su hijo puede brindarle servicios de atención de urgencia. Si no puede comunicarse con el PCP de su hijo, o el PCP no puede ver a su hijo dentro de las 24 horas, también puede concurrir a un Centro de Atención de Urgencia.

Si no está seguro de que la situación de su hijo cumpla los requisitos de atención de urgencia, pídale consejo al PCP de su hijo.

Es importante recordar que los servicios de un Centro de Atención de Urgencia no sustituyen al PCP de su hijo. El PCP de su hijo lo conoce mejor y, si el niño no requiere servicios de urgencia, llevarlo a ver al PCP le dará la mejor continuidad de la atención.

¿Qué es un Centro de Atención de Urgencia?

Los Centros de Atención de Urgencia son instalaciones que suministran atención médica básica a pacientes ambulatorios con enfermedades o lesiones que no requieren atención de emergencia, tales como torceduras o cortes que requieren sutura. Si necesita encontrar un Centro de Atención de Urgencia participante en su área de servicio, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Si usted está fuera del área de servicio y su hijo necesita atención de urgencia, para que sea cubierta, la atención debe ser la respuesta a una afección o lesión súbita e inesperada que requiere una atención que no puede esperar a que usted regrese al área de servicio.

¿Qué es un proveedor de fuera de la red?

Un proveedor de fuera de la red es un proveedor que no es participante. No tiene un acuerdo con UnitedHealthcare para suministrar servicios a miembros de CHIP.

¿Qué es una instalación de fuera de la red?

Una instalación de fuera de la red es una instalación (como un hospital o una instalación de pruebas de diagnóstico) que no participa en la red. No tiene un acuerdo con UnitedHealthcare para suministrar servicios a miembros de CHIP.

¿Cómo puede mi hijo lograr acceso a servicios fuera de la red?

Si fuera médicamente necesario, el PCP de su hijo puede solicitar que se le brinden servicios de un proveedor o instalación que no es parte de la red de UnitedHealthcare. Si esos servicios se pueden obtener de proveedores que integran la red, su hijo tendrá que atenderse con el proveedor o la instalación participante. A menos que reciba una autorización previa, usted puede ser responsable del pago de cualquier servicio que le brinden a su hijo fuera de la red.

Servicios fuera del área

Si su hijo se encuentra viajando fuera del área de servicio y tiene necesidad de recibir cuidados de salud, UnitedHealthcare Community Plan trabajará con su PCP para poder obtener los cuidados de salud adecuados para su hijo. UnitedHealthcare Community Plan cubrirá los costos de los cuidados para la salud en una emergencia que su hijo reciba, aún cuando se encuentra fuera del área de servicio. Su hijo también estará cubierto si él o ella han sido admitidos en un hospital. Informe el nombre y el número de teléfono de su PCP al personal de la Sala de emergencias. Usted debe llamar al PCP del niño(a) o a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, dentro de las primeras 24 horas a partir de la fecha de la emergencia. Sin embargo, su PCP debe aprobar los cuidados de salud de seguimiento o visitas de rutina por UnitedHealthcare Community Plan tener cobertura para estas consultas.

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos y tiene necesidad de obtener cuidados médicos, cualquier servicio para los cuidados de la salud no será cubierto por UnitedHealthcare Community Plan. Medicaid no puede cubrir ningún servicio médico que su hijo(a) reciba cuando se encuentre fuera de los Estados Unidos.

Servicios fuera de la red

¿Cómo se pagan los reclamos por servicios fuera de la red?

Si su hijo recibe un servicio de un proveedor o instalación no participante que fue autorizado por UnitedHealthcare, o un servicio de atención de emergencia o urgencia, la instalación o el proveedor pueden acordar facturar UnitedHealthcare directamente por sus servicios. Algunos proveedores fuera de la red pueden no estar dispuestos a hacer esto. Si usted consulta a un proveedor fuera de la red que no factura a UnitedHealthcare por sus servicios, usted debe presentar el reclamo del proveedor a UnitedHealthcare.

Para presentar un reclamo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, y pida que le envíen por correo un formulario de reclamo. Complete el formulario y envíelo, junto con la factura del proveedor en la que se enumeran todos los servicios recibidos, a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare of Pennsylvania
P.O. Box 8207
Kingston NY, 12402

Dispone de un año a partir de la fecha del servicio para enviar la factura a UnitedHealthcare.

Si UnitedHealthcare le envía un cheque para resolver el reclamo de pago que usted envió, usted será responsable de que el proveedor reciba el pago completo de su reclamo.

Sus costos por servicios cubiertos

El tamaño y el ingreso de su familia determinan qué opción de cobertura CHIP puede obtener su hijo. Puede obtener cobertura CHIP Gratuita, cobertura de Bajo Costo o cobertura de Costo Completo. Dependiendo del tipo de cobertura de su hijo, se le podrá requerir que pague de su bolsillo ciertos costos para que su hijo reciba servicios.

¿Qué son las primas y cuándo debo pagarlas?

Las primas son los pagos mensuales regularmente programados que usted hace a UnitedHealthcare por la cobertura CHIP. **No hay primas para los miembros con cobertura CHIP gratuita.** Si su hijo está inscrito en un CHIP de Bajo Costo o de Costo Completo, usted recibirá una factura cada mes para el mes siguiente. Si la prima no se paga a su vencimiento que aparece en la factura, o se paga después del vencimiento, su hijo puede perder la cobertura CHIP y puede no ser elegible nuevamente para recibir cobertura hasta tres meses después de la fecha de terminación de la cobertura.

Si el monto de una prima cambia durante el período del beneficio, UnitedHealthcare le enviará un aviso del cambio 30 días antes de que este ocurra.

¿Qué son los copagos y cuándo debo pagarlos?

Los copagos son costos a su cargo que usted debe pagar en el momento del servicio si su hijo está inscrito en un CHIP de Bajo Costo o de Costo Completo. **No hay copagos para los miembros con cobertura CHIP Gratuita.**

Los copagos se pagan al proveedor en el momento de la cita o cuando se brinde el servicio. Usted debe pagar el copago cada vez que su hijo reciba un servicio de un proveedor si el servicio es de los que requieren copago.

- No hay copagos para visitas preventivas o a niños sanos. Una visita preventiva es aquella en la que su hijo recibe un servicio para prevenir una enfermedad o afección futura.
- No se requieren copagos para los servicios preventivos de rutina o de diagnóstico dental u oftalmológicos.

¿Cuándo puede pasarme una factura un proveedor?

A los proveedores participantes no se les permite pasar facturas a los miembros, salvo en ciertas circunstancias. Hay ciertas situaciones en las que usted puede recibir una factura de un proveedor, el pago de la cual será de su responsabilidad. Dichas situaciones son:

- Si su hijo excede el límite de beneficio en un servicio;
- Si su hijo recibe un servicio médico que no es un beneficio cubierto;
- Si su hijo recibe un servicio cubierto de un proveedor de atención médica que no es un proveedor participante de UnitedHealthcare sin antes recibir autorización previa de UnitedHealthcare; y
- Si adeuda copagos pendientes.

Sus costos por servicios cubiertos

A los proveedores participantes no se les permite pasar facturas a miembros por servicios más allá de la tasa de reembolso de UnitedHealthcare acordada. Ello significa que, salvo en las circunstancias mencionadas, usted no debe recibir una factura de un proveedor participante. Si recibe una factura de un proveedor participante, llame inmediatamente a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, para que la situación pueda resolverse lo antes posible.

Coordinación de beneficios

La coordinación de beneficios es una disposición cuyo propósito es ayudar a las empresas de seguros a evitar la duplicación de reclamos y las demoras en los pagos. Se usa con frecuencia en casos en los que dos o más empresas de seguros diferentes tienen injerencia en el pago de servicios. Evita problemas con los reclamos de pago al establecer el orden en el que las empresas de seguros pagan los reclamos, y al brindar la autoridad para la transferencia metódica de la información necesaria para el pago adecuado de los reclamos.

A los miembros de CHIP no se les permite tener ninguna otra cobertura de seguro médico además de CHIP, pero en ocasiones hay veces en las que algunas de las facturas de atención médica de su hijo pueden estar cubiertas por una póliza que no es CHIP. Un ejemplo de cuándo podría pasar esto es cuando un miembro está involucrado en un accidente con un vehículo automotor y parte del costo de su atención médica es cubierto por la póliza de seguro de automóviles.

Si cualquiera de los beneficios a que su hijo tiene derecho también es brindado, por completo o en parte, por otro acuerdo prestado por otro plan o programa de seguros, el seguro CHIP de su hijo se facturará secundariamente a tal(es) cobertura(s) adicional(es).

Si tiene preguntas sobre la coordinación de beneficios, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Subrogación

La subrogación es el proceso de procurar cobrar gastos de atención médica a terceros que pueden ser responsables de una lesión. El proceso ahorra dinero de atención médica al asegurar que la parte responsable, o su aseguradora, pague los gastos.

Por ejemplo, cuando una lesión ocurre por un accidente en el que la culpa es de alguien que no es su hijo, la aseguradora de la otra persona puede ser responsable del pago del tratamiento médico de su hijo. En esos casos, UnitedHealthcare puede tener derecho a cobrar a la otra aseguradora los pagos por los servicios que brindó a su hijo. Si usted recibe dinero de una demanda, de un acuerdo extrajudicial o de un tercero o su aseguradora, usted puede ser responsable, hasta donde lo permita la ley, de reembolsar a UnitedHealthcare los gastos efectuados en relación con la lesión.

Si tiene alguna pregunta sobre la subrogación, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Resumen de beneficios de CHIP

Beneficios médicos	Límites	Montes de copagos		
		Gratuito	Bajo Costo	Costo Completo
Servicios relacionados con el autismo	Ninguno.	\$0	Copagos basados en el tipo de servicio	Copagos basados en el tipo de servicio
Servicios de diagnóstico	Algunos servicios pueden requerir autorización previa.	\$0	\$0	\$0
Equipos médicos duraderos	Algunos servicios pueden requerir autorización previa.	\$0	\$0	\$0
Servicios de emergencia	Ninguno.	\$0	\$25 *	\$50 *
Transporte de emergencia	El transporte fuera de la zona de servicio se cubrirá solo si es médicamente necesario.	\$0	\$0	\$0
Servicios de planificación familiar – OB/GYN	Ninguno.	\$0	\$0	\$0
Servicios de planificación familiar – PCP	Ninguno.	\$0	\$0	\$0
Servicios de atención de la audición	<p>Un examen de audición y audiométrico de rutina por año calendario. Un audífono o dispositivo por oído cada dos años calendario. El año calendario puede cambiar dependiente en el año de beneficios del plan.</p> <p>No hay límites monetarios para CHIP</p> <p>* Los copagos corresponden solo cuando los servicios los brinda un proveedor especialista.</p>	\$0	\$10 *	\$25 *

* No se aplica si es admitido a un hospital.

Resumen de beneficios de CHIP

Beneficios médicos	Límites	Montes de copagos		
		Gratuito	Bajo Costo	Costo Completo
Servicios de salud en el hogar	Algunos servicios pueden requerir autorización previa.	\$0	\$0	\$0
Servicios de instituciones para enfermos terminales	Algunos servicios pueden requerir autorización previa.	\$0	\$0	\$0
Estadías de pacientes en hospital y en centros de enfermería especializada.	Algunos servicios pueden requerir autorización previa o ser sujeto a notificación y opiniones concurrentes.	\$0	\$0	\$0
Estadías de rehabilitación de pacientes hospitalizados	Algunos servicios pueden requerir autorización previa o ser sujeto a notificación y opiniones concurrentes.	\$0	\$0	\$0
Servicios de atención de maternidad	Ninguno.	\$0	\$0	\$0
Alimentos médicos	Ninguno.	\$0	\$0	\$0
Cirugía bucal	Algunos servicios pueden requerir autorización previa.	\$0	\$10	\$25
Servicios de terapia médica para pacientes externos (quimioterapia, diálisis, tratamientos por radiación y terapia respiratoria)	Ninguno.	\$0	\$0	\$0

Resumen de beneficios de CHIP

Beneficios médicos	Límites	Montes de copagos		
		Gratuito	Bajo Costo	Costo Completo
Terapias para pacientes ambulatorios (fisioterapia y terapia ocupacional y del habla), incluyendo rehabilitación y habilitación	<p>Terapia física – limitada a 30 visitas por año combinadas de terapias de rehabilitación y de habilitación.</p> <p>Terapia ocupacional – limitada a 30 visitas por año combinadas de terapias de rehabilitación y habilitación.</p> <p>Terapia del habla – limitada a 30 visitas por año combinadas de terapias de rehabilitación y habilitación.</p>	\$0	\$10	\$25
Servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios	Algunos servicios pueden requerir autorización previa.	\$0	\$0	\$0
Visitas al consultorio del PCP	* No se requiere ningún copago por las visitas de rutina del niño.	\$0	\$5*	\$15*
Visitas al consultorio del especialista	Ninguno.	\$0	\$10	\$25
La manipulación de la espina/ cuidados quiroprácticos	Limitado a 20 visitas cada año.	\$0	\$0	\$0
Servicios de atención de urgencia	<p>Ninguno.</p> <p>* Los copagos pueden ser mayores según el establecimiento en que se brinden los servicios.</p>	\$0	\$10	\$25
Servicios de salud femenina – OB/GYN	Ninguno.	\$0	\$0	\$0
Servicios de salud femenina – PCP	Ninguno.	\$0	\$0	\$0

Resumen de beneficios de CHIP

Beneficios de farmacia	Límites	Montes de copagos		
		Gratuito	Bajo Costo	Costo Completo
Medicamento de marco	Ninguno.	\$0	\$10	\$18
Medicamento genérico	Ninguno.	\$0	\$6	\$9
Servicios de salud mental y abuso de sustancias	Límites	Montes de copagos		
		Gratuito	Bajo Costo	Costo Completo
Estadías de pacientes hospitalizados por salud mental	No hay necesidad de una referencia. Algunos servicios pueden ser sujeto a notificación y opiniones concurrentes. Sin límites.	\$0	\$0	\$0
Servicios de salud mental para pacientes externos	Ninguno.	\$0	\$0	\$0
Abuso de sustancias – estadías de pacientes hospitalizados para desintoxicación	No hay necesidad de una referencia. Algunos servicios pueden ser sujeto a notificación y opiniones concurrentes.	\$0	\$0	\$0
Abuso de sustancias – rehabilitación residencial de pacientes hospitalizados	Ninguno.	\$0	\$0	\$0
Abuso de sustancias – rehabilitación de pacientes externos	Ninguno.	\$0	\$0	\$0

Resumen de beneficios de CHIP

Beneficios dentales	Límites	Montes de copagos		
		Gratuito	Bajo Costo	Costo Completo
Servicios completos de ortodoncia	No hay máximos anuales. Algunos servicios requieren autorización previa y prueba de necesidad médica para cubrirse. Algunos servicios pueden ser limitados en base a la edad o la cantidad.	\$0	\$0	\$0
Servicios no de ortodoncia	No hay máximo de por vida. Requieren autorización previa y prueba de necesidad médica para cubrirse.	\$0	\$0	\$0
Beneficios oftalmológicos	Límites	Montes de copagos		
		Gratuito	Bajo Costo	Costo Completo
Cuidados de visión	<p>Marcos y Lentes: Un par de anteojos que pueden ser de plástico o de cristal, de visión única, bifocales, trifocales, con lentillas de aumento y/o lentes de tamaño más grande, a la moda y con tintes graduados, de lentes de mayor tamaño, con prescripción en cristales gris #3, lentes para el sol de prescripción, lentes de prescripción de policarbonato con revestimiento protector en contra del rayado y artículos para una visión pobre.</p> <p>Frecuencia de los exámenes de visión: Un examen de la visión y refracción cada 12 meses. Incluye la dilatación, si es indicada profesionalmente. Sin costo para el miembro si es dentro de la red. Por fuera de la red – no hay cobertura.*</p> <p>Frecuencia del reemplazo de los lentes y marcos: Un par de anteojos cada 12 meses cuando son médicamente necesarios para la corrección de la visión.</p>	\$0	\$0	\$0

Resumen de beneficios de CHIP

Beneficios oftalmológicos	Límites	Montes de copagos		
		Gratuito	Bajo Costo	Costo Completo
Cuidados de visión <i>(continuación)</i>	<p>Lentes: Dentro de la red – se cubre por completo un par cada 12 meses. Por fuera de la red – no hay cobertura.*</p> <p>Marcos: Marcos dentro del plan están disponibles sin costo para el miembro. Marcos fuera del plan: Gastos por arriba de \$130 tienen un subsidio para pagar por el miembro. Adicionalmente, hay un descuento del 20% disponible para costos por arriba de \$130.** Por fuera de la red – no hay cobertura.*</p> <p>El reemplazo de lentes y marcos perdidos, robados o destruidos, (un original y un reemplazo por año calendario cuando sea médicamente necesario).</p> <p>Lentes de contacto: Una prescripción cada 12 meses – en lugar de anteojos cuando sean médicamente necesarios para la corrección de la visión.</p> <p>Adicionalmente, hay un descuento del 15% disponible para costos por arriba de \$130.**</p> <p>En algunos casos, los proveedores participantes pueden hacer cargos por separado por la evaluación, el ajuste o los cuidados de seguimiento relacionados a los lentes de contacto.</p>	\$0	\$0	\$0

* La exclusión por fuera de la red solo se aplica si el niño se encuentra dentro del área que se cubre en el momento en que los lentes de armazón o de contacto necesitan ser reemplazados. Si el niño sale del área que se cubre inesperadamente, por ejemplo en vacaciones, y se necesitan anteojos de reemplazo, los gastos en que se incurra pueden ser enviados a l plan para que sean reembolsados.

** Este descuento está disponible por proveedores que han estado de acuerdo en tener un contrato para dar descuentos.

Resumen de beneficios de CHIP

Vision Benefits	Límites	Montes de copagos		
		Gratuito	Bajo Costo	Costo Completo
Cuidados de visión <i>(continuación)</i>	<p>Si esto sucede y si el valor de los lentes de contacto es menor que la cantidad designada, la diferencia hasta por \$130 puede aplicarse hacia el costo de evaluación, materiales y cuidados de seguimiento. Usted será responsable por cualquier cantidad por arriba de \$130.</p> <p>Gastos en exceso de \$600 por lentes de contacto médicamente necesarios, con aprobación previa. Estas condiciones incluyen:</p> <p>Afasia, pseudoafasia o queratocono, si el paciente ha tenido cirugía de cataratas o implantes, o cirugía de trasplante de corneas, o si la actividad visual no es corregible a 20/40 en el peor de los dos ojos con el uso de anteojos en armazón, pero puede mejorarse a 20/40 en el peor ojo usando lentes de contacto.</p> <p>Visión deficiente: Una evaluación para la visión deficiente cada 5 años, con un cargo máximo de \$300; con una cantidad máxima de cobertura para la deficiencia de la visión de \$600, con un máximo de por vida de \$1,200 para artículos tales como anteojos de alto poder, lupas y telescopios; y tratamientos de seguimiento – cuatro visitas en un período de cinco años, con cargo máximo por visita de \$100. Los proveedores obtendrán las autorizaciones previas necesarias para esos servicios.</p>	\$0	\$0	\$0

Beneficios médicos de CHIP

Esta sección enumera los servicios médicos cubiertos por el seguro CHIP de su hijo. Debajo de la mención de cada servicio cubierto hay una breve descripción del beneficio brindado y de cualquier límite o restricción que pueda corresponder. UnitedHealthcare se reserva el derecho de restringir la cobertura de beneficio de las compras de equipo médico a determinados fabricantes y tipos específicos de productos. Por mayor información relativa a las restricciones de las compras de equipos médicos, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Salvo en circunstancias muy específicas, como en el caso de una emergencia, todos los servicios descritos en esta sección están cubiertos solo si los brinda un proveedor participante. Salvo en el caso de una emergencia, una preautorización de UnitedHealthcare u otra documentación o certificación especializada que se requiera para un beneficio en particular debe obtenerse **antes** de que su hijo reciba el servicio, para que el reclamo sea cubierto.

Los servicios están cubiertos solo hasta los límites especificados del beneficio. Cuando su hijo haya llegado al límite disponible del beneficio, su hijo deberá dejar de recibir esos servicios específicos, o usted será responsable de pagar los servicios directamente.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios médicos de su hijo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**. El representante de Servicios para Miembros puede decirle si un servicio específico está cubierto, si hay algún límite para el beneficio, qué proveedores puede ver su hijo para un servicio, y cuánto puede tener que pagar de su bolsillo. El representante de Servicios para Miembros también puede decirle cuánto dinero o cuántas visitas le quedan de cualquier servicio que tenga un límite de beneficio.

UnitedHealthcare también ofrece a sus miembros, a manera de beneficio extra, servicios y opciones de atención adicionales. Dichos beneficios no son patrocinados por CHIP y los brinda solo UnitedHealthcare. Dichos beneficios se enumeran en la sección titulada “**Beneficios médicos adicionales que le brinda UnitedHealthcare**” y se hallan al final de la lista de beneficios médicos normales. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios adicionales que brinda UnitedHealthcare, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Beneficios médicos de CHIP

Trastorno de espectro autista y servicios relacionados¹

Según la Ley de Seguro de Autismo de Pennsylvania (Ley 62), los siguientes servicios, cuando sean médicamente necesarios para la evaluación, el diagnóstico, y el tratamiento de los trastornos de espectro autista, están cubiertos:

- Cobertura de medicamentos recetados;
- Los servicios de un psiquiatra o psicólogo, y
- La atención rehabilitadora y terapéutica.

Límites del beneficio: La cobertura bajo esta sección está sujeta a los copagos como se identifica en otra parte de este Manual.

El tratamiento de los trastornos de espectro autista debe ser:

- Médicamente necesario;
- Identificado en un plan de tratamiento;
- Prescrito, ordenado o brindado por un(a) médico/a autorizado/a, un(a) ayudante de médico autorizado/a, un(a) psicólogo/a autorizado/a, un(a) trabajador/a social clínico/a autorizado/a o un(a) enfermero/a titulado/a habilitado/a; y
- Brindado por un proveedor de servicios para el autismo o una persona, entidad o grupo que trabaje bajo la dirección de un proveedor de servicios para el autismo.

La Ley 62 exige que las empresas de seguros privadas permitan procesos acelerados de revisión interna y externa para revisar las quejas por un niño al que se le hayan negado total o parcialmente los servicios de tratamiento del autismo. Usted puede iniciar dicho proceso llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**. Asegúrese de que UnitedHealthcare tenga toda la información que necesite de los profesionales que tratan a su hijo para respaldar su solicitud de servicio.

Si tiene otras preguntas sobre los beneficios para el trastorno de espectro autista o precisa ayuda para encontrar proveedores participantes que se especialicen en el tratamiento del autismo en su zona, llame a Servicios para Miembros a **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

También puede visitar el sitio web del departamento de Human Services Autism en **www.PAutism.org** para obtener más información sobre el autismo y la Ley 62.

¹ Para brindarle a su hijo la mejor atención posible, si a su hijo se le diagnostica autismo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, y pida una consulta con un administrador de casos de UnitedHealthcare.

Beneficios médicos de CHIP

Medicamentos preventivos cubiertos:

Determinados medicamentos como anticonceptivos, suplementos de hierro, fluoruro de sodio, suplementos de ácido fólico, vitaminas, aspirina, medicamentos para la ayuda para dejar de fumar, suplementos de vitamina D, tamoxifeno y raloxifeno son considerados medicamentos preventivos y están cubiertos sin ningún costo para usted cuando se surten en una farmacia participante y cuando tienen una receta válida. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de la validez de un medicamento de prevención, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Servicios para la diabetes²

Se brinda tratamiento, equipo, medicamentos y suministros para la diabetes según se detalla a continuación:

- Equipo médico, suministros de control y medicamentos con receta para la diabetes;
- Formación y educación para el paciente ambulatorio diabético;
- Exámenes de los ojos para diabéticos;
- Pruebas de laboratorio;
- Atención y ortesis de rutina para los pies de diabéticos;
- Programa de manejo de la diabetes de UnitedHealthcare, y
- Coordinación de la atención y administración de casos en la Unidad de Necesidades Especiales de UnitedHealthcare.

Límites del beneficio: El pago se limita a un examen de los ojos para diabéticos de rutina por año calendario. Las pilas para el equipo médico para la diabetes no están cubiertas. Los servicios identificados anteriormente están sujetos a los mismos límites de beneficios mencionados en otros lugares de este manual.

Infórmese más sobre el Programa de Prevención y Control de la Diabetes de Pennsylvania en el sitio web www.health.state.pa.us/diabetes.

Servicios de diagnóstico, laboratorio y radiología

Pruebas de diagnóstico, servicios y material relacionado con el diagnóstico y el tratamiento de enfermedad y lesiones, tanto en pacientes internos como ambulatorios.

Límites del beneficio: Determinados servicios pueden necesitar una autorización previa para ser cubiertos.

² Para brindar a su hijo la mejor atención posible, si su hijo tiene un diagnóstico de diabetes, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, y pida que se inscriba a su hijo en el programa de manejo de la enfermedad de la diabetes de UnitedHealthcare.

Beneficios médicos de CHIP

Equipos médicos duraderos

La cobertura de equipos médicos duraderos (durable medical equipment, DME) se aplica al equipo diseñado para servir a un propósito médico que no sea útil a una persona a menos que tenga una enfermedad o una lesión, que sea capaz de soportar un uso repetido, que no sea desechable o para uso de un solo paciente y que sea necesario para usar en el hogar o el ambiente escolar. Este beneficio cubre el costo del alquiler del DME (o la compra, si la compra es más barata que el alquiler del DME durante un período extenso), la entrega y la instalación. La reparación o el reemplazo del DME solo están cubiertos cuando sea necesario por el desgaste normal certificado o sea médicamente necesario debido al crecimiento normal del niño.

Límites del beneficio: El DME puede requerir una autorización previa.

Servicios de atención de emergencia

Como fueron descritos en la sección Atención de emergencia de este manual.

Límites del beneficio: Ninguno.

Servicios de transporte de emergencia

Los servicios de transporte en ambulancia por tierra, aire o agua solo están cubiertos cuando sean médicamente necesarios. Los servicios deben ser prestados en respuesta a una emergencia, con el propósito de transportar a un miembro hospitalizado entre las instalaciones, o cuando un miembro es dado de alta del hospital y por motivos médicos no puede ser transportado a su hogar por otros medios.

Límites del beneficio: El transporte fuera del área de servicios solo estará cubierto si los servicios requeridos por el miembro no pueden ser proporcionados dentro del área de servicios.

Servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar cubren los servicios profesionales proporcionados por el PCP de su hijo o el toco ginecólogo relacionado con la receta³, ajuste o inserción de un anticonceptivo. Los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration), incluyendo a aparatos anticonceptivos, anticonceptivos inyectables, implantes y IUD; procedimientos de esterilización voluntaria y la educación y asesoría para pacientes, sin incluir medicamentos abortivos, no requieren costos compartidos para los miembros. Medicamentos y aparatos anticonceptivos se encuentran cubiertos bajo la sección de beneficios de Medicamentos de receta emitidos por el plan.

Límites del beneficio: Ninguno.

³ No se aplican copagos a los anticonceptivos de receta.

Beneficios médicos de CHIP

Servicios de habilitación

- Los Servicios para los cuidados de salud que pueden ayudarle a una persona a mantener, aprender o a mejorar sus habilidades y funcionamiento para las tareas diarias en sus vidas. Los ejemplos incluyen las terapias para niños que aún no caminan o hablan en las edades en que deben estarlo haciendo. Estos servicios pueden incluir terapias físicas y ocupacionales, terapias para la patología del habla y otros servicios para personas con discapacidades, provistos en un una variedad de formas para los pacientes ambulatorios. Los servicios que se cubren se limitan a 30 visitas por año calendario para la terapia física; 30 visitas por año calendario para la terapia ocupacional; y 30 visitas por año calendario para la terapia del habla, para un total combinado de 90 días de año calendario. Los límites de las visitas dentro de este beneficio se combinan con los límites de visitas descritos bajo Terapias para la rehabilitación del paciente ambulatorio.
- Los servicios cubiertos también incluyen para el paciente hospitalizado terapia hasta por 45 días por año calendario para el tratamiento de CVA (Accidentes Vasculares Cerebrales), lesiones al cráneo, lesiones al cordón espinal o como resultados post-operatorios de una cirugía del cerebro.
- Cuidados de quiropráctica – límite de 20 visitas por año.
- Cuidados de salud en el hogar.

Cuidados de salud a un miembro de CHIP quien resida en el hogar del miembro de CHIP por un proveedor de cuidados de salud del hogar, si se encuentra dentro del área de servicio. **Este beneficio se ofrece sin necesidad de copagos y sin limitaciones.**

Servicios de atención de la audición

Los aparatos de audición y el ajuste de la unidad y personal está cubierto cuando se determina que es médicamente necesario.

Límites del beneficio: Un examen de audición y uno audiométrico de rutina cada 12 meses. Un audífono o dispositivo por oído cada 24 meses. Las pilas de los audífonos y dispositivos no están cubiertas. **No se aplican límites monetarios.**

Servicios de atención médica domiciliaria

La atención médica domiciliaria está cubierto solo si su hijo está con internación domiciliaria. Se considera a su hijo en internación domiciliaria cuando la afección le impide salir de su casa sin un gran esfuerzo. Los servicios de atención médica domiciliaria incluyen los médicamente necesarios:

- Servicios de enfermería especializada;
- Servicios de asistencia médica domiciliaria;
- Servicios médicos;
- Servicios de terapia física, del habla y ocupacional;
- Suministros y equipos médicos y quirúrgicos, incluido oxígeno, y
- Terapia de infusión en el hogar (excluida sangre y productos sanguíneos).

Beneficios médicos de CHIP

Límites del beneficio: Los servicios de atención domiciliaria pueden necesitar una autorización previa de UnitedHealthcare.

Servicios de instituciones para enfermos terminales

La atención para enfermos terminales es un tipo especial de atención, disponible para miembros que padecen enfermedades terminales. Esta atención será simultánea con la atención relacionada con el tratamiento de la afección por la que se diagnosticó la enfermedad terminal. Los miembros que reciben atención para enfermos terminales y servicios de cuidados paliativos aún pueden recibir, además, los servicios cubiertos por UnitedHealthcare para otras enfermedades o afecciones.

Límites del beneficio: Los servicios de atención para enfermos terminales deben ser autorizados previamente por UnitedHealthcare y requieren de una certificación de un médico que indique que el miembro padece una enfermedad terminal. Para los servicios de atención para enfermos terminales se debe proporcionar a UnitedHealthcare una solicitud por escrito del miembro, si es mayor de edad, o de su tutor legal.

Servicios de hospital: Servicios para pacientes hospitalizados, para pacientes ambulatorios y del centro de cirugía ambulatoria

Los beneficios del hospital pueden ser suministrados por una instalación participante a un paciente hospitalizado o ambulatorio. Estos servicios pueden ser suministrados en las instalaciones participantes, tales como un hospital de cuidados agudos, un centro de enfermería especializada o un centro de cirugía ambulatoria.

Límites del beneficio: Los servicios relacionados con la hospitalización pueden necesitar autorización previa, excepto en el caso de una emergencia. Admisión Voluntaria (planeada) debe ser previamente autorizada. Admisiones para emergencias o cuidados de urgencia no requieren de autorización, pero requieren que la institución notifique al plan de salud y puede ser sujetas a una revisión actualizada para verificar que los servicios en curso son apropiados y médicamente necesarios.

Vacunaciones

Se proveerá cobertura para las vacunaciones pediátricas (excepto por aquellas requeridas para un empleo o por razones de viaje), incluyendo los agentes de inmunidad que conforman los estándares del Comité de Asesoría de Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)) del Centro del Control de las Enfermedades, Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los horarios ACIP para las vacunaciones pediátricas y para adultos pueden encontrarse acudiendo al siguiente sitio en internet: <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/default.htm>.

La vacunas para la influenza pueden administrarse en una farmacia participante para los miembros desde los 9 años de edad cuando tengan el consentimiento de los padres, de acuerdo a PA Acta 8 of 2015.

Beneficios médicos de CHIP

Servicios de cirugía reconstructiva y mastectomía por cáncer de seno

Las miembros que hayan sometido a una mastectomía son elegibles para determinados servicios de cirugía reconstructiva incluyendo cirugía para una apariencia simétrica, prótesis y cobertura por complicaciones (tales como limfidemas).

Límites del beneficio: Los servicios de mastectomía pueden necesitar autorización previa.

Mastectomía y reconstrucción del seno:

Se proveen beneficios para una mastectomía llevada a cabo en un paciente internado o ambulatorio y por las siguientes razones:

- Cirugía para reestablecer la simetría o el mejoramiento de una función que no trabaja, incluyendo, pero no limitada a una mamoplastia de aumento, mamoplastia de reducción y le elevación de los senos, así como la reconstrucción del seno opuesto para producir una apariencia simétrica.
- La cobertura inicial y los agentes prostéticos subsecuentes para el reemplazo de la mama removida o por porciones de la misma debido a la mastectomía; y
- Complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo limfidemas.
- Se provee cobertura para una visita para los Cuidados de salud en el hogar, como sea determinado por el doctor del miembro y recibido dentro de cuarenta y ocho (48) horas después de haber sido dada de alta.

Servicios de maternidad

Una mujer miembro puede elegir un proveedor participante para servicios maternos y ginecológicos sin remisión ni autorización previa. Excepto en el caso de una emergencia o de acuerdo con la política de continuidad de la atención de UnitedHealthcare, los servicios de maternidad deben ser suministrados por proveedores participantes y llevarse a cabo en las instalaciones participantes. Los proveedores de servicios de atención maternal pueden incluir médicos, enfermeros practicantes y enfermeras parteras certificadas. Las instalaciones pueden incluir hospitales de cuidados agudos y centros de parto independientes.

Los servicios de hospital y atención médica relacionados con las atenciones del preparto, parto y posparto, incluidas las complicaciones derivadas del embarazo o el parto de la miembro, están cubiertos.

Beneficios por embarazo incluyen todos los servicios médicos de maternidad relacionados a los cuidados prenatales, cuidados post-natales, parto y cualquier complicación relacionada a lo anterior.

Ambos, antes y durante el embarazo, los beneficios incluyen los servicios de un consejero de genética cuando esta asesoría es recomendada por un doctor. Estos beneficios se encuentran disponibles para todas las personas cubiertas dentro de la familia inmediata. Las coberturas de los servicios para la salud incluyen pruebas y tratamientos relacionados.

Beneficios médicos de CHIP

Nosotros pagaremos beneficios por la estadía de pacientes hospitalizados por lo menos:

- 48 horas para la madre y el recién nacido después de un parto vaginal normal.
- 96 horas para la madre y el recién nacido después de un nacimiento por cesárea.

Si la madre está de acuerdo, después de la consulta con el proveedor o, en el caso de un recién nacido, en consulta con la madre o el representante autorizado del recién nacido, el proveedor que otorga la atención puede dar de alta a la madre y/o al recién nacido en menos tiempo que el indicado y si el médico que trata o atiende determina que la madre y el recién nacido llenan el criterio médico para ser dados de alta en forma segura, siguiendo las guías desarrolladas por o en cooperación con los doctores que dan el tratamiento, reconociendo cuáles son los tratamientos estándar, incluyendo aquellas provenientes de la American Academia of Pediatrics y del American College of Obstetricians and Gynecologists, que determinan el tiempo de estancia apropiado basándose, pero no limitado a lo siguiente:

- La evaluación del curso del ante-parto, intra-parto y pos-parto de la madre y del recién nacido;
- Las etapas gestacionales, peso al nacimiento y condición clínica del recién nacido;
- La habilidad demostrada por la madre para poder dar los cuidados al recién nacido después de ser dados de alta después del parto; y
- La disponibilidad de cuidados, para poder verificar las condiciones del recién nacido y de la madre dentro de las primeras 48 horas después de haber sido dados de alta.

Si se ha dado de alta más pronto de lo esperado, se proveerán beneficios por parte de una visita de Home Health Care (Cuidados de salud en el hogar) dentro de las primeras 48 horas después de haberse dado de alta. La visita por Home Health Care la hace un proveedor de los cuidados de salud certificado(a), quien incluye dentro de sus conocimientos los cuidados de posparto. La visita por Home Health Care incluye: Educación para los padres, asistencia y entrenamiento en cómo dar el pecho y como alimentar con botella, pruebas médicas y clínicas y cualquier prueba necesaria para la evaluación de la condición física de la madre y del recién nacido. Esta visita puede llevarse a cabo, con la aprobación de la madre, en las instalaciones del proveedor. Las visitas para los cuidados de salud en el hogar después de una estadía en un hospital como paciente interno por servicios de maternidad no son sujetos a copagos, deducibles o coseguros, si son de otra manera aplicables a esta cobertura.

Límites del beneficio: El parto en una instalación externa al área de servicios estará cubierto solo en el caso de una emergencia.

Alimentos médicos

Los alimentos médicos como alimentos enterales especialmente formulados y suplementos están cubiertos solamente para el tratamiento terapéutico de determinados trastornos genéticos. Este beneficio no está pensado para cubrir los productos alimenticios normales utilizados en el tratamiento dietético de trastornos metabólicos genéticos raros.

Límites del beneficio: El niño debe tener un diagnóstico de un trastorno metabólico hereditario aminoacidopático, tal como fenilcetonuria, cetonuria de cadena ramificada, galactosemia u homocistinuria.

Beneficios médicos de CHIP

Cobertura del recién nacido para niños nacidos de miembros de CHIP

Este beneficio corresponde a los hijos recién nacidos de los miembros de CHIP que están cubiertos desde el nacimiento durante los primeros 31 días de vida. Se accede a los servicios para estos niños usando la tarjeta de identificación de miembro de CHIP. Para asegurar la no interrupción en el acceso a la atención médica del recién nacido luego de los primeros 31 días, el miembro debe ponerse en contacto con Servicios para Miembros llamando al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, inmediatamente después del nacimiento, para comenzar el procedimiento de otorgarle su propia cobertura de atención médica.

Límites del beneficio: Este beneficio finaliza luego de que el bebé del miembro de CHIP cumple los 31 días de vida. Los miembros con recién nacidos deben seguir las indicaciones establecidas en este manual para acceder a sus beneficios. Si tiene preguntas acerca de los beneficios de atención al recién nacido o cómo acceder a ellos o necesita ayuda con la solicitud de cobertura para su recién nacido, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Servicios de cirugía de la boca

Los servicios de cirugía de la boca pueden ser realizados tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios, dependiendo de la naturaleza del procedimiento. Son ejemplos de servicios cubiertos:

- Extracción de los terceros molares (muelas del juicio) afectados parcial o totalmente a nivel óseo.
- Síndrome del biberón.
- Cirugía para corregir la dislocación o la degeneración completa de la articulación temporomandibular.
- Tratamientos no dentales de la boca relacionados con los diagnosticados médicamente:
 - Defectos congénitos,
 - Anomalías de nacimiento y
 - Remoción quirúrgica de tumores.

Límites del beneficio: Puede necesitar una autorización previa de UnitedHealthcare. UnitedHealthcare se reserva el derecho de determinar, basado en las necesidades médicas, qué instalaciones considera más apropiadas para los servicios de cirugía de la boca que se suministran. La cobertura de anestesia varía de acuerdo con el procedimiento y el tipo de instalación donde el servicio es proporcionado.

Dispositivos ortopédicos

Los dispositivos ortopédicos son aparatos o equipos rígidos utilizados para sostener, alinear o corregir lesiones o deformidades de huesos y músculos. Este beneficio cubre la compra, la colocación y los ajustes necesarios de los dispositivos ortopédicos cubiertos y cualquier reparación necesaria derivada del desgaste normal del dispositivo. El reemplazo de un dispositivo ortopédico está cubierto solo si es médicamente necesario y apropiado debido al crecimiento normal del niño.

Límites del beneficio: Puede necesitar una autorización previa. Debe considerarse médicamente necesario y no ser pretendido principalmente para la conveniencia o la comodidad personal del niño.

Beneficios médicos de CHIP

Pruebas para la osteoporosis (pruebas de la densidad de minerales del hueso o BMDT)

La cobertura se provee por una prueba de la densidad de minerales del hueso, empleando un método aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration). Esta prueba determina la cantidad de minerales en un área específica del hueso. Se usa para medir la dureza del hueso que es la masa total de la densidad del hueso y la calidad de la materia del mismo hueso. La calidad del hueso se refiere a la arquitectura, al remplazo constante y mineralización de la sustancia ósea. Las BMDT deben ser prescritas por un proveedor profesional legalmente autorizado para prescribir tales pruebas dentro de la ley.

Suministros de ostomías

Los suministros de ostomías son suministros médicamente necesarios para la atención y el drenaje de una estoma.

Límites del beneficio: Beneficio solo disponible para miembros que han tenido un procedimiento quirúrgico que derivó en la creación de una estoma.

Servicios de terapia médica para pacientes ambulatorios

Este beneficio proporciona a los miembros un número ilimitado de visitas ambulatorias para los siguientes servicios:

- Tratamientos de diálisis,
- Tratamientos del cáncer con hormonas y quimioterapia,
- Terapia respiratoria y
- Terapia con radiación.

Límites del beneficio: Puede necesitar una autorización previa. Los miembros deben tener un diagnóstico documentado que indique que la terapia prescrita es una necesidad médica.

Servicios de terapia de rehabilitación o habilitación para pacientes ambulatorios

Este beneficio proporciona a los miembros los siguientes servicios de rehabilitación:

- Fisioterapia,
- Terapia ocupacional y
- Terapia del habla.

Beneficios médicos de CHIP

Límites del beneficio: Puede necesitar una autorización previa. Los miembros deben tener un diagnóstico documentado que indique que la terapia prescrita es una necesidad médica.

- Terapia física – limitada a 30 visitas por año combinadas de terapias de rehabilitación y de habilitación.
- Terapia ocupacional – limitada a 30 visitas por año combinadas de terapias de rehabilitación y habilitación.
- Terapia del habla – limitada a 30 visitas por año combinadas de terapias de rehabilitación y habilitación.

Cuidados pediátricos preventivos

Los cuidados pediátricos preventivos incluyen los siguientes, sin costos compartidos o copagos:

- Revisión física, historia de rutina, pruebas de diagnóstico de rutina.
- Evaluación de los riesgos de salud orales, barniz de fluoruro – para los niños de 5 meses a 5 años de edad (recomendación de U.S. Preventative Task Force).
- Cuidados del bienestar del bebé, que incluye generalmente la historia médica, medidas de altura y peso, exámenes físicos y asesoría.
- Pruebas sanguíneas para el plomo y otras pruebas para el plomo. Esta prueba es para detectar elevados niveles de plomo en la sangre.
- Hemoglobina/hematocrito. Esta prueba sanguínea mide el tamaño, la forma y el contenido de las células rojas de la sangre.
- Prueba titer de rubeola. La prueba de sangre titer para la rubeola mide la presencia de anticuerpos en contra de la rubeola.
- Urinálisis. Esta prueba detecta numerosas anormalidades.

Beneficios para los medicamentos con receta:

- Determinados productos de venta libre (OTC) pueden estar cubiertos bajo mandato del Acta de Cuidados de la Salud Económicamente Razonables y de Protección al Paciente (PPACA). Si el miembro tiene una receta para un medicamento de venta libre, el medicamento está enlistado en el formulario y el miembro ha sido diagnosticado con ciertas condiciones médicas, ese medicamento tendrá cobertura. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de la cobertura de medicamentos de venta libre, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.
- Cuando un medicamento de receta se encuentra disponible bajo un nombre genérico, UnitedHealthcare solamente proveerá beneficios por ese medicamento de receta a nivel de un medicamento genérico. Si el doctor que receta ese medicamento indica que dicho medicamento recetado debe ser bajo el nombre de marca porque es medicamento necesario y debe dispensarse, el medicamento de nombre será cubierto por el contratista al mismo costo compartido que el genérico.
- Cuando medicamentos que son clínicamente apropiados son solicitados por el miembro pero no están cubiertos por el plan de salud, el miembro deberá llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono anota al reverso de su tarjeta de identificación como miembro para obtener información acerca del proceso requerido para obtener medicamentos de receta.

Beneficios médicos de CHIP

Servicios de salud primarios y preventivos.

UnitedHealthcare periódicamente revisa los Servicios primarios y preventivos para los cuidados de salud con cobertura basados en recomendaciones de organizaciones tales como la Academia Americana de Pediatría (The American Academia of Pediatrics), The American College of Physicians, La Comisión Especial Americana para Servicios Preventivos (U.S. Preventive Services Task Force – USPSTF), (todos los artículos o servicios con una clasificación A o B en las recomendaciones actuales). La Sociedad Americana del Cáncer (The American Cancer Society) y la Administración y Recursos de Salud y Servicios de Administración (Health Resources and Services Administration – HRSA). Ejemplos de las recomendaciones con cobertura “USPSTF A” son los suplementos de ácido fólico, las pruebas para la infección de clamidia para mujeres que no se encuentren embarazadas, y asesoría acerca del uso del tabaco e intervenciones. Ejemplos de las recomendaciones con cobertura “USPSTF B” son la prevención de caries dentales para los niños en edad pre-escolar, asesoramiento para dietas saludables, suplemento y enjuagues de fluoruro oral y vitaminas, evaluación del riesgo de BRCA y asesoramiento y pruebas genéticas, vitamina D recetada, hierro suplementario recetado, suplementos minerales, pruebas para la infección por clamidia en mujeres embarazadas y asesoramiento para infecciones sexualmente transmitidas. Ejemplos de beneficios requeridos HRSA con cobertura incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration), procedimientos de esterilización, equipo para la alimentación de pecho y educación de pacientes y asesoramiento para todas las mujeres con capacidad de reproducción. Todos los servicios requeridos por HRSA tienen cobertura. De acuerdo a esto, los Servicios preventivos serán provisto para el miembro sin costo alguno.

Servicios de consultorio médico de atención primaria

Los servicios de prevención y bienestar del niño desempeñan un importante papel para mantener a su hijo saludable. Las vistas preventivas y de bienestar del niño regulares pueden prevenir que su hijo se enferme en el futuro y ayudará también al PCP de su hijo a encontrar afección es de salud o retrasos en el desarrollo, lo que puede facilitar un tratamiento temprano. Es importante programar y mantener las citas para los servicios preventivos y de bienestar del niño basado en la agenda recomendada por el PCP de su hijo.

Recuerde que puede ponerse en contacto con el PCP de su hijo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si su hijo se enferma y usted necesita asesoramiento médico. El PCP de su hijo puede proporcionarle muchos de los servicios de atención médica que su hijo necesita, incluidos:

- Visitas y servicios preventivos y de bienestar del niño incluyendo inmunizaciones;
- Visitas a consultorio por enfermedad y atención de urgencia, incluidas las que ocurran luego de las horas normales de consultorio, cuando sea médicamente necesario;
- Servicios de atención de seguimiento luego de una emergencia y
- Servicios de salud de la mujer y servicios de planificación familiar (por más detalles vea la descripción del beneficio).

Beneficios médicos de CHIP

Límites del beneficio: Determinados servicios pueden necesitar una prueba de necesidad médica y una autorización previa para estar cubiertos para su hijo. Los servicios prestados por su PCP deben estar dentro del ámbito de su ejercicio para ser cubiertos.

Dispositivos protésicos

Los dispositivos protésicos reemplazan en forma total o parcial una parte del cuerpo perdida. Son también utilizados para ayudar a un órgano que no funciona a hacerlo nuevamente (incluidos los relacionados con la reconstrucción después de la mastectomía). Este beneficio cubre la compra, la colocación y los ajustes necesarios de los dispositivos protésicos cubiertos y cualquier reparación necesaria derivada del desgaste normal del dispositivo. El reemplazo de un dispositivo protésico está cubierto solo si es médicamente necesario y apropiado debido al crecimiento normal del niño.

Límites del beneficio: Puede necesitar una autorización previa.

Cirugía reconstructiva:

La cirugía reconstructiva será solamente cubierta cuando se requiera para restaurar función después de una lesión accidental, como resultado de un defecto de nacimiento, infección, o enfermedad de carácter maligno para poder obtener una función corporal o una función física razonable; en conexión con enfermedades congénitas o anomalías hasta la edad de 18 años; o en conexión con el tratamiento de tumores malignos o de otra patología destructiva que cause discapacidad funcional; o reconstrucción del seno después de una mastectomía.

Servicios de cirugía reconstituyente o reconstructiva (que no sean servicios relacionados con la mastectomía)

Los servicios cubiertos de cirugía reconstituyente y reconstructiva incluyen servicios relacionados con:

- Cirugía para corregir una deformidad que resulte de:
 - Enfermedad
 - Trauma
 - Anomalías congénitas o del desarrollo (defectos de nacimiento)
- Cirugía para corregir un defecto funcional corporal que resulte de:
 - Una lesión accidental
 - Una consecuencia de la cirugía
- Una cirugía relacionada con el tratamiento de tumores malignos u otra patología destructiva que causa daño funcional

Límites del beneficio: Puede necesitar una autorización previa.

Beneficios médicos de CHIP

Costos para el paciente asociados con pruebas experimentales clínicas calificadas:

Se proveen beneficios para los costos rutinarios del paciente asociados con la participación de una prueba experimental clínica calificada. Para asegurar la cobertura y el procesamiento apropiado de las reclamaciones, el UnitedHealthcare Community Plan debe ser notificado previamente acerca de la participación del miembro en una prueba clínica experimental calificada.

Los beneficios se pagarán si la prueba clínica experimental calificada se conduce por un proveedor profesional participante y se lleva a cabo en una institución proveedora que sea participante. Si no hay una prueba comparable que un proveedor profesional participante pueda llevar a cabo y que pueda llevarse en un establecimiento proveedor que sea participante, entonces UnitedHealthcare tomará en consideración los servicios por un proveedor que no sea participante, participando en la prueba experimental clínica que se considere una prueba experimental clínica calificada por UnitedHealthcare.

Pruebas clínicas experimentales calificadas – una fase I, II, III, o IV de pruebas clínicas que son conducidas en relación a la prevención, detección o tratamiento del cáncer o de otra enfermedad o condición que pone en peligro la vida y que se describe en cualquiera de las siguientes:

- A. Pruebas experimentales federales fundadas: el estudio o la investigación es aprobada o fundada (que puede inclusive ser fundada por contribuciones al caso) por uno o más de las siguientes instituciones:
 - 1. Institutos Nacionales de salud (The National Institutes of Health – NIH);
 - 2. Los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades – CDC);
 - 3. La Agencia para la Investigación y Calificación de los Cuidados para la Salud (The Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ)
 - 4. Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);
 - 5. Grupos Cooperativos o centros de cualquiera de las entidades descritas en los números descritos arriba del 1 al 4 o del Departamento de la Defensa (Department of Defense – DOD) o del Departamento de Los Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs – VA);
 - 6. Cualquiera de los siguientes, sí las condiciones de los Departamentos se llenan:
 - a. El Departamento de los Asuntos de los Veteranos (The Department of Veterans Affairs – VA);
 - b. El Departamento de la Defensa (The Department of Defense – DOD); o
 - c. El Departamento de Energía (The Department of Energy – DOE), si por el estudio o la investigación conducido por un Departamento ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de PEERS? Que el Secretario determina ser (A) comparable a al sistema de revision por PEERS? de los estudios e investigaciones empleados por los Institutos Nacionales de Salud y (B) asegura imparcialmente la revision de los estándares más altos por individuos calificados que no tienen intereses en cuáles serán los resultados de esta revisión.
- B. El estudio o la investigación se conduce bajo la solicitud de investigación de un nuevo medicamento revisado por la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration – FDA); o

Beneficios médicos de CHIP

- C. El estudio o la investigación es un ensayo que está exento de tener una solicitud para una investigación como un nuevo medicamento.

La referencia a la notificación es 42 U.S.C. § 300gg-8. Este estatuto requiere que quien lo emita, provea la cobertura para los costos de salud rutinarios para el paciente, brindados por individuos participantes calificados en pruebas experimentales clínicas aprobadas y dicho emisor “no debe negar la participación individual en las pruebas experimentales clínicas”.

En la ausencia del criterio arriba descrito, las pruebas clínicas experimentales deben ser aprobadas por UnitedHealthcare como una Prueba clínica experimental de calificada.

Costos del paciente asociados con las pruebas experimentales clínicas calificadas – Los costos de rutina del paciente incluyen todos los artículos y servicios consistentes con la cobertura provista por este plan que se cubre típicamente para un Individuo Calificado, quien no está inscrito en una prueba experimental.

Servicios de enfermería especializada en instalación para pacientes hospitalizados

Los servicios de enfermería especializada están disponibles si se los considera médicamente necesarios para niños que necesitan servicios de enfermería especializada las veinticuatro horas del día pero no necesitan estar en un hospital.

Límites del beneficio: Puede necesitar prueba de necesidad médica y autorización previa.

Servicios de médico especialista

Las visitas en consultorio, las pruebas de diagnóstico y el tratamiento por parte de médicos especializados están cubiertos si su hijo tiene una enfermedad u otro tipo de afección que requiera un tratamiento que está fuera del ámbito del ejercicio del PCP de su hijo.

Límites del beneficio: Antes de que su hijo pueda acceder a determinados servicios de especialistas, puede requerirse autorización previa y una determinación de necesidad médica.

Servicios de trasplante⁴

Su hijo tiene cubiertos los servicios de trasplante que sean médicamente necesarios y que UnitedHealthcare no considere experimentales o de investigación.

Límites del beneficio: Se requiere autorización previa. Debe establecerse la necesidad médica. Los servicios cubiertos por criterios de selección de pacientes (pruebas requeridas por la instalación de trasplantes para asegurarse de que su hijo cumpla con los criterios para el trasplante) están cubiertos en solo una instalación de trasplantes designada, salvo si los servicios se brindan como parte de una segunda opinión autorizada previamente por UnitedHealthcare. Este servicio no brinda cobertura para servicios relacionados con la donación de órganos a no miembros.

⁴ Para brindarle a su hijo la mejor atención posible, si su hijo necesita un trasplante de órgano, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025**, TTY/PA RELAY 711, y pida una consulta con un administrador de casos de UnitedHealthcare.

Beneficios médicos de CHIP

Servicios de atención de urgencia

Tal como se describe en la sección de Atención de urgencia de este manual.

Límites del beneficio: Ninguno.

Suministros para urología

Los suministros para urología requeridos para la cateterización urinaria médicamente necesaria están cubiertos solo si su hijo tiene incontinencia urinaria permanente o retención urinaria permanente. La retención urinaria permanente se define como aquella que no se prevé que sea corregida médica o quirúrgicamente para su hijo en un lapso de tres meses.

Límites del beneficio: Ninguno.

Cuidados preventivos del bienestar para la mujer

No hay costos compartidos por los servicios preventivos bajo los Servicios de planeación familiar, Salud para la mujer y anticonceptivos.

Los Cuidados preventivos para el bienestar de la mujer incluyen los servicios y suministros tal y como se describe bajo la provisión de Servicios preventivos para la mujer en el Acta de protección del paciente y cuidados razonablemente económicos. Los servicios y suministros con cobertura incluyen, pero no están limitados a, los siguientes:

- **Exámenes ginecológicos de rutina, citología de un Pap (examen de Papanicolau):** Los miembros que son mujeres tienen cobertura para un (1) examen ginecológico de rutina por período de beneficio. Esto incluye un examen de pelvis y un examen clínico de mamas; y un examen de rutina de citología de Pap (Papanicolau) de acuerdo con las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists.) Los miembros que son mujeres tienen “acceso directo” para consultar con un ginecólogo u obstetra. Esto significa que no es necesario tener una referencia por un Doctor de Atención Primaria.
- **Mamogramas:** La cobertura será provista para pruebas y diagnóstico de mamogramas. Los beneficios de la mamografía se pagan solamente si son provistos por un proveedor calificado para los servicios de mamografía, quien se encuentre debidamente calificado por una agencia estatal o federal de acuerdo al Acta de Garantía de Calidad de la Mamografía de 1992. Copagos, si hay alguno, no se aplicarán para este beneficio.
- **Alimentación por lactancia materna:** El apoyo y asesoría por proveedores entrenados; acceso a los suministros para la alimentación dando el pecho, incluyendo la cobertura para la renta de bombas extractoras de leche materna con la misma calidad a las provistas por hospitales bajo DME (Equipo Médico Durable) con revisión de necesidad médica; y cobertura sin ningún costo para el miembro por el apoyo de la lactancia y asesoría provistos durante el periodo de hospitalización después del parto, visitas opcionales a la madre y visitas del obstetra o pediatra para las mujeres embarazadas o dando alimentación de pecho.

Beneficios médicos de CHIP

- **Anticoncepción:** La Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration) aprueba los métodos anticonceptivos, incluyendo los aparatos de anticoncepción, los anticonceptivos por inyección, IUD e implantes; los procedimientos voluntarios de esterilización y la educación y asesoría a las pacientes, no incluyendo medicamentos abortivos, sin costo compartido para el miembro. Los medicamentos anticonceptivos y los aparatos se cubren bajo los beneficios de Medicamentos de receta emitidos por el plan.

Servicios de salud femenina

Los servicios de ginecología y de salud femenina puede brindarlos el PCP de su hija o un proveedor de obstetricia y ginecología participante Su hija no precisa una remisión o autorización previa para recibir un examen ginecológico anual, servicios de planificación familiar o servicios de maternidad de un toco ginecólogo.

Los servicios cubiertos por este beneficio incluyen:

- Exámenes ginecológicos y mamografías anuales;
- Servicios de planificación familiar (vea el beneficio descrito anteriormente para conocer más detalles y limitaciones);
- Servicios de maternidad (vea el beneficio descrito anteriormente para conocer más detalles y limitaciones), y
- Tratamiento de enfermedad ginecológica, incluso lesión o complicaciones que resulten de un aborto optativo.

Límites del beneficio: Salvo en casos de emergencia, servicios de aborto⁵ pueden requerir autorización previa. Los abortos optativos no están cubiertos.

⁵ Los abortos estarán cubiertos solo si un médico ha certificado que el aborto es médicamente necesario para salvar la vida de la madre o si el aborto se realiza para terminar un embarazo que resulte de un acto de violación o incesto. El hecho de violación o incesto debe haberse informado a las autoridades legales o a los servicios de protección infantil, salvo que el médico tratante certifique que, a su juicio profesional, el miembro no está física o psíquicamente capacitado para cumplir el requisito de informar.

Beneficios de farmacia

UnitedHealthcare brinda cobertura para una amplia gama de medicamentos con receta. El formulario de beneficios de farmacia de UnitedHealthcare, también llamado “Lista de Drogas Preferidas” o “PDL”, explica qué medicamentos están cubiertos. Normalmente, UnitedHealthcare no paga medicamentos no incluidos en el formulario.

- Algunos medicamentos del formulario pueden requerir autorización previa.
- Algunos medicamentos pueden estar cubiertos solo si el miembro cumple ciertos criterios. Los ejemplos incluyen que el miembro o su proveedor de atención médica presenten documentos de que el miembro tiene:
 - Ciertas afecciones médicas o diagnósticos que indican que los medicamentos son médicamente necesarios;
 - Alergias a medicamentos que limitan el uso de otros medicamentos con los que el miembro podría ser tratado, o
 - Tratamiento sin éxito de una afección o enfermedad con otro medicamento.
- Para acceder a los beneficios de farmacia, usted debe presentar la tarjeta de identificación en el momento del servicio.
- Se incluye más información sobre los beneficios de farmacia y se puede encontrar una copia del formulario/PDL en internet al **UHCCommunityPlan.com**. También puede pedir una copia de la PDL llamando a Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de farmacia o precisa ayuda para encontrar una farmacia participante, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

¿Están cubiertos los medicamentos de marca?

Un medicamento de marca se sustituirá por uno genérico siempre que este esté disponible, salvo que el médico indique que la versión de marca del medicamento sea médicamente necesaria. Si el médico cree que la versión de marca del medicamento es médicamente necesaria, debe presentarse una solicitud especial a UnitedHealthcare para su revisión antes de que se cubra la versión de marca del medicamento.*

¿Están cubiertos los medicamentos de venta libre?

La mayoría de los medicamentos de venta libre no están cubiertos. Sin embargo, si el miembro tiene una receta del medicamento de venta libre, si el medicamento está en el formulario y si al miembro se le diagnosticaron determinadas afecciones médicas, el medicamento puede estar cubierto. Si tiene preguntas sobre si un medicamento de venta libre está cubierto, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Beneficios de salud mental

Algunos miembros a quienes se les hayan diagnosticado trastornos de salud mental graves o afecciones que afecten significativamente la salud conductual del niño (p. ej., esquizofrenia, autismo, etc.) pueden ser elegibles para una gama más amplia de servicios o diferentes limitaciones a los servicios. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, si tiene preguntas sobre la elegibilidad de su hijo para determinados servicios de salud mental o límites a los beneficios.

¿De quién puede mi hijo recibir servicios de salud mental?

Salvo en el caso de una emergencia, los servicios de salud mental deben ser brindados por proveedores e instalaciones participantes, salvo que UnitedHealthcare autorice el uso de un proveedor o una instalación no participante.

¿Mi hijo precisa una remisión para visitar a un especialista en salud mental?

Su hijo no precisa una remisión de un PCP para ver a un proveedor participante de salud mental. Un miembro (de 14 años de edad o mayor) o un padre o tutor pueden autorremedir.

Si usted precisa ayuda en lo concerniente a las autorremisiones, si precisa ayuda para encontrar un proveedor participante en su zona, si tiene dificultad para obtener una cita con un proveedor participante, o si tiene preguntas sobre los beneficios de salud conductual, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**. Para su comodidad, dicho número también se encuentra en la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare de su hijo.

¿Qué pasa si mi hijo tiene una emergencia de salud mental?

Una emergencia de salud mental es la aparición súbita de una afección potencialmente riesgosa para la vida, en la que usted crea que su hijo corra riesgo de lesionarse a sí mismo o a terceros si no se le brinda atención médica inmediata.

Si cree que su hijo está en una crisis o en una situación de emergencia de salud mental, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**. Se le pondrá en contacto con un profesional de la salud mental que le ayudará a evaluar la gravedad de la situación.

- Si es una emergencia, el profesional de la salud mental le ayudará a obtener lo antes posible el tratamiento que su hijo precisa.
- Si la afección no presenta riesgo de vida y no requiere la inmediata internación hospitalaria, UnitedHealthcare programará una cita de atención urgente para su hijo.

El tratamiento **inicial** de una emergencia de salud mental está cubierto aunque no sea brindado por un proveedor de salud mental participante o se lo administre en una instalación no participante si los síntomas son suficientemente graves para precisar atención inmediata.

Beneficios de salud mental

¿Qué debo saber sobre los servicios de salud mental a pacientes hospitalizados?

- Salvo en caso de emergencia, si el proveedor de salud mental de su hijo decide que es médicamente necesario que su hijo reciba tratamiento de salud mental en situación de paciente hospitalizado, el proveedor quizá deba comunicarse con UnitedHealthcare para obtener autorización previa antes de que se interne a su hijo en el hospital. La autorización previa se expide el mismo día, por lo que no tiene por qué preocuparse por demoras prolongadas que impidan que su hijo reciba tratamiento oportuno.
- Los servicios de salud mental a pacientes hospitalizados pueden brindarlos solo proveedores participantes en instalaciones participantes, salvo que la internación se produzca por una emergencia psiquiátrica. Si se interna a su hijo en una instalación no participante, usted debe comunicarse con UnitedHealthcare dentro de las 24 horas para informarles de la internación. Cuando se establezca que el estado de su hijo no es de emergencia, su hijo puede ser transferido a una instalación participante. Si usted se niega a transferir a su hijo a una instalación participante después de que la emergencia psiquiátrica haya terminado, los servicios que su hijo reciba en la instalación no participante pueden no estar cubiertos.

Admisión Voluntaria (planeada) debe ser previamente autorizada. Admisiones para emergencias o cuidados de urgencia no requieren de autorización, pero requieren que la institución notifique al plan de salud y puede ser sujeta a una revisión actualizada para verificar que los servicios en curso son apropiados y médicamente necesarios.

¿Los servicios de salud mental para paciente ambulatorio precisan autorización previa?

La mayoría de los servicios de salud mental no requieren de previa autorización por parte de UnitedHealthcare.

El proveedor de salud mental de su hijo es responsable de obtener las autorizaciones necesarias y debe llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare para obtener las aprobaciones necesarias.

CHIP cubre desintoxicación de paciente hospitalizado, tratamiento residencial no hospitalario y tratamiento de paciente ambulatorio relacionado con las drogas⁶ y abuso del alcohol para su hijo.

Si cree que su hijo tiene un problema con alguna droga o con el alcohol, no demore en conseguirle la ayuda que necesita. Cuanto antes un niño empiece el tratamiento con un proveedor profesional, más probable es que se recupere con éxito.

¿De quién puede mi hijo recibir servicios para luchar contra el abuso de sustancias?

Los servicios contra el abuso de sustancias deben ser brindados por proveedores e instalaciones participantes, salvo que UnitedHealthcare autorice previamente el uso de un proveedor o una instalación no participante.

¿Mi hijo precisa una remisión para visitar a un especialista en abuso de sustancias?

Su hijo no precisa una remisión de un PCP para ver a un proveedor participante contra el abuso de sustancias. Un miembro (de 14 años de edad o mayor) o un padre o tutor pueden autorremitir. Si usted precisa ayuda en lo concerniente a las autorremisiones, si precise ayuda para encontrar un proveedor participante en su zona, si tiene dificultad para obtener una cita con un proveedor participante, o si tiene preguntas sobre los beneficios contra el abuso de sustancias, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**. Para su comodidad, dicho número también se encuentra en la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare de su hijo.

¿Qué pasa si mi hijo tiene una emergencia o una crisis de abuso de sustancias?

Una crisis de abuso de sustancias es aquella en la que se considera que su hijo está en peligro físico inminente y con posible riesgo de vida y necesita desintoxicación inmediata por la dependencia química. El beneficio de salud mental de su hijo cubre otras emergencias psiquiátricas.

Si cree que su hijo está en una crisis o en una situación de emergencia psiquiátrica, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**. Se le pondrá en contacto con un profesional de la salud mental que le ayudará a evaluar la gravedad de la situación.

- Si es una emergencia, el profesional de la salud mental le ayudará a obtener lo antes posible el tratamiento que su hijo precisa.
- La internación en una instalación de tratamiento residencial no hospitalario para tratamiento de rehabilitación no se considera **nunca** parte del tratamiento de emergencia.
- Si la afección no presenta riesgo de vida y no requiere la inmediata internación hospitalaria, UnitedHealthcare programará una cita de atención urgente para su hijo.

⁶ Los beneficios relacionados con el abuso de sustancias no cubren los servicios relacionados con el abuso del tabaco. Sin embargo, asesoría para dejar de fumar es un servicio preventivo cubierto, incluyendo a los productos para ayudar a dejar de fumar incluidos dentro de los beneficios de farmacia de su hijo. Para más información sobre cómo obtener estos beneficios, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

El tratamiento **inicial** de una emergencia brindado por un proveedor de salud mental participante o se lo administre en una instalación no participante si los síntomas son suficientemente graves para precisar atención inmediata.

¿Qué debo saber sobre la desintoxicación de paciente hospitalizado?

- La desintoxicación es el proceso por el cual a un miembro intoxicado o dependiente de una droga o del alcohol se le ayuda a pasar el período necesario para eliminar la presencia de la(s) sustancia(s) intoxicante(s) o el/los factor(es) de dependencia, mientras se mantiene en un mínimo el riesgo físico o psíquico del miembro. La desintoxicación en situación de paciente hospitalizado se usa cuando los signos y síntomas de abstinencia del miembro son suficientemente graves para requerir atención de paciente hospitalizado las 24 horas, con control médico por parte de profesionales médicos y de enfermería.
- Salvo en caso de emergencia, si el proveedor de atención contra el abuso de sustancias de su hijo decide que es médicamente necesario que reciba tratamiento de desintoxicación en situación de paciente hospitalizado, puede tener que comunicarse con UnitedHealthcare para obtener autorización previa antes de que se interne a su hijo en el hospital.

Admisión Voluntaria (planeada) debe ser previamente autorizada. Admisiones para emergencias o cuidados de urgencia no requieren de autorización, pero requieren que la institución notifique al plan de salud y puede ser sujeta a una revisión actualizada para verificar que los servicios en curso son apropiados y médicamente necesarios.

La autorización previa se expide el mismo día, por lo que no tiene por qué preocuparse por demoras prolongadas que impidan que su hijo reciba tratamiento oportuno.

- Los servicios de desintoxicación en situación de paciente hospitalizado pueden brindarlos solo proveedores participantes en instalaciones participantes, salvo que la internación se produzca por una emergencia psiquiátrica.

Si se interna a su hijo en una instalación no participante, usted debe comunicarse con UnitedHealthcare dentro de las 24 horas para informarles de la internación. Cuando se establezca que el estado de su hijo no es de emergencia, su hijo puede ser transferido a una instalación participante.

Si usted se niega a transferir a su hijo a una instalación participante después de que la emergencia psiquiátrica haya terminado, los servicios que su hijo reciba en la instalación no participante pueden no estar cubiertos.

¿Qué debo saber sobre el tratamiento residencial no hospitalario?

- El tratamiento residencial no hospitalario se refiere a servicios administrados en instalaciones en las que el miembro vive mientras participa en un programa de tratamiento completo de la dependencia química en un entorno terapéutico que cumple los estándares mínimos establecidos por el Departamento de Salud de Pennsylvania.
- Los miembros que no precisen control médico de la abstinencia también pueden recibir servicios relacionados con la desintoxicación en estas instalaciones.
- Si el proveedor de atención contra el abuso de sustancias de su hijo decide que es médicamente necesario que reciba tratamiento en un ambiente residencial no hospitalario, el proveedor puede tener que comunicarse con UnitedHealthcare para obtener autorización previa antes de que se interne a su hijo en la instalación.
- La internación en una instalación de tratamiento residencial no hospitalario para el tratamiento de la dependencia química y la rehabilitación no se considera **nunca** parte del tratamiento de emergencia.
- Los servicios de tratamiento residencial no hospitalario pueden brindarlos solo proveedores participantes en instalaciones participantes, salvo que UnitedHealthcare autorice previamente el uso de un proveedor o una instalación no participante **antes** de que a su hijo se le interne y empiece a recibir tratamiento. Los servicios residenciales no hospitalarios contra el abuso de sustancias que su hijo reciba en una instalación no participante **no** estarán cubiertos por el seguro de su hijo.

¿Qué beneficios contra el abuso de sustancias para paciente ambulatorio están cubiertos?

Su hijo es elegible para visitas contra el abuso de sustancias para paciente ambulatorio. Los servicios cubiertos incluyen pruebas psicológicas y de laboratorio, visitas a proveedores de rehabilitación por abuso de sustancias, hospitalización parcial, terapia intensiva para paciente ambulatorio y manejo de medicación.

Beneficios odontológicos

CHIP cubre los servicios odontológicos necesarios para prevenir enfermedades y promover la salud dental, restituir la salud y la función a las estructuras bucales y tratar las afecciones de emergencia. No hay copagos para los servicios odontológicos y no se precisan remisiones de su PCP para concertar una cita, por lo que asegurarse de que su hijo reciba atención odontológica de alta calidad no podría ser más fácil.

La caries es la enfermedad infantil crónica más común. Ayude a prevenir que su hijo sufra los efectos de la caries alentándolo a practicar una buena higiene bucal a diario y llevándolo al dentista para revisiones programadas regulares, aun si sus dientes parecen estar sanos.

¿A quién puede ver mi hijo para la atención odontológica?

Puede concertar una cita con cualquier dentista participante de UnitedHealthcare. Puede ver una lista de proveedores de UnitedHealthcare en **UHCCommunityPlan.com** o llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Si precisa ayuda para encontrar un proveedor odontológico o para conseguir una cita, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, y alguien le ayudará.

¿Puede mi hijo recibir servicios de un proveedor odontológico no participante?

UnitedHealthcare solamente cubrirá servicios de un dentista que no sea participante si esos servicios han sido previamente autorizados. Nosotros podríamos cubrir los servicios si son servicios de seguimiento en los cuidados o si no se puede localizar a un proveedor participante que dé tratamiento a su niño.

¿Cuánto cuesta la atención odontológica?

Salvo en caso de emergencia, para que un beneficio odontológico esté totalmente cubierto por CHIP, la atención odontológica debe ser brindada por un dentista que sea proveedor participante. Los beneficios odontológicos cubiertos por un proveedor participante y aprobados por UnitedHealthcare no tienen costos que usted deba pagar de su bolsillo.

En un caso que implique un servicio cubierto en el que el dentista, el miembro, o bien el padre o la madre del miembro elija un tratamiento más caro que el que se provea usualmente para la afección odontológica, el pago bajo ese beneficio se basará en la asignación para honorarios para el procedimiento de costo menor. En dicho caso, el dentista puede elegir facturarle a usted la diferencia entre el costo del servicio efectivamente brindado y el monto recibido de UnitedHealthcare.

Beneficios odontológicos

¿Qué servicios odontológicos no cubre CHIP?

No están cubiertos los servicios odontológicos realizados con fines cosméticos y no por necesidad médica.

No está cubierto el tratamiento adicional que se necesite por no cumplir el cuidado odontológico indicado.

¿Qué servicios odontológicos cubre CHIP?

Su hijo es elegible para que se le practique un examen y una limpieza de rutina cada seis meses sin ningún costo, si los brinda un dentista participante.

Su hijo también es elegible para cierta cantidad de otros beneficios odontológicos. Algunos beneficios odontológicos están restringidos a determinados grupos etarios, pueden limitarse según la frecuencia con la que su hijo pueda recibirlos, pueden estar restringidos a una instalación determinada, o pueden requerir autorización previa para establecer si el servicio es médicamente necesario para su hijo. Nosotros seguimos las recomendaciones de la American Dental Association (Asociación Dental Americana), cuando decidimos acerca de cuándo, que tan a menudo y a cual edad se cubren ciertos servicios.

Tratamientos de ortodoncia (frenos dentales)

El tratamiento de ortodoncia (frenos dentales) se cubre solamente si su hijo(a) ha sido diagnosticado(a) con una mala oclusión u otra condición severa (como un paladar hendido) y el tratamiento de ortodoncia se determina como el único tratamiento capaz de restaurar la salud y la función a las estructuras orales de su hijo(a). Los frenos para propósitos cosméticos no se cubren.

Beneficios odontológicos

Esta lista describe el alcance de sus beneficios, pero no menciona todos los servicios que se encuentran disponibles. Por favor, hable con su proveedor dental acerca de los servicios cubiertos y de cuáles son los tratamientos que se recomiendan para su hijo(a). Ciertos servicios requieren autorización previa y pueden estar disponibles solo si se establece que son médicamente necesarios y apropiados para la edad de su hijo. Si tiene preguntas sobre los servicios disponibles, por favor llame a UnitedHealthcare al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Servicios de diagnóstico

- Exámenes de rutina
- Radiografías de aleta de mordida *2 cada año*
- Panorex (Mandíbula completa) radiografías *cada 36 meses*

Servicios preventivos

- Limpiezas de rutina *2 cada año*
- Aplicación tópica de fluoruro *2 cada año*
- Barniz tópico de fluoruro *2 cada año*
- Selladores *para muelas*
- Mantenedores de espacio *1 por cuadrante*

Atención reconstituyente

- Restauraciones con amalgama (plata) (*tapaduras*)
- Restauraciones con compuestos de resina (*tapaduras*)
- Coronas

Servicios de endodoncia

- Pulpotomías
- Tratamientos de conductos

Servicios de periodoncia

- Raspado y alisado radicular
Una vez por cuadrante cada 24 meses
- Mantenimiento periodontal
- Gingivectomía o gingivoplastia
- Desbridamiento bucal completo

⁷ Autorización previa obligatoria.

⁸ Autorización previa obligatoria.

⁹ Autorización previa obligatoria.

Prostodoncia⁷

- Dentaduras postizas *1 por arcada cada 5 años*
- Dentaduras postizas parciales *1 por arcada cada 5 años*
- Reparaciones y ajustes de dentaduras
- Coronas *1 por diente cada 60 meses*
- Puentes si son médicamente necesarios en caso de lesiones o accidentes

Cirugía bucal y maxilofacial⁸

- Extracciones quirúrgicas no cubiertas por el beneficio de cirugía bucal médica del miembro, incluidas las de muelas del juicio.
- Biopsias con cepillo
- Alveoloplastias
- Extirpación de quistes y tumores
- Incisión y drenaje de abscesos
- Frenulectomía

Servicios de ortodoncia⁹

- Evaluación para frenillos
- Tratamiento ortodóncico completo
- Retención ortodóncica

Servicios generales complementarios

- Anestesia general
- Sedación consciente intravenosa

Servicios de emergencia

- Corona provisoria por tratamiento de diente fracturado
- Apicectomía/cirugía perirradicular
- Tratamiento paliativo del dolor dental

Beneficios oftalmológicos

Los problemas de los ojos no tratados pueden derivar en problemas de aprendizaje y de conducta que afecten negativamente la vida del niño. Con la debida atención al cuidado de los ojos, incluidos los exámenes regulares, pueden evitarse muchos problemas.

¿A quién puede ver mi hijo para la atención oftalmológica?

Usted puede concertar una cita con cualquier óptico, optómetra u oftalmólogo participante de UnitedHealthcare. Puede ver una lista de proveedores de UnitedHealthcare en **UHCCommunityPlan.com** o llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Para concertar una cita oftalmológica, usted no precisa obtener una remisión del PCP de su hijo.

Si precisa ayuda para encontrar un proveedor oftalmológico participante o para conseguir una cita, llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, y alguien le ayudará.

¿Cuánto cuesta la atención oftalmológica?

Los proveedores participantes de UnitedHealthcare aceptan la asignación como pago completo por los servicios cubiertos. El proveedor participante hará todos los trámites burocráticos correspondientes a su hijo y el pago se le hará directamente a él. Cuando usted use un proveedor participante, no deberá cubrir ningún costo de su bolsillo ni será responsable por ninguna parte de la factura.

UnitedHealthcare solamente cubrirá servicios de un proveedor de la visión que no sea participante si esos servicios han sido previamente autorizados. Nosotros podríamos cubrir los servicios si son servicios de seguimiento en los cuidados o si no se puede localizar a un proveedor participante que dé tratamiento a su niño.

En un caso que implique un servicio cubierto en el que el proveedor oftalmológico, el miembro, o bien el padre o la madre del miembro elija un tratamiento o un equipo más caro que el que se provea usualmente, el pago bajo ese beneficio se basará en la asignación para honorarios para el procedimiento o el equipo de costo menor. En dicho caso, el proveedor oftalmológico puede elegir facturarle a usted la diferencia entre el costo del servicio efectivamente brindado o el equipo provisto y el monto recibido de UnitedHealthcare.

¿Qué beneficios oftalmológicos están cubiertos?

UnitedHealthcare cubre los servicios de emergencia, preventivos y de atención oftalmológica de rutina que se resumen a continuación.

Examen de ojos y servicios de refracción

- Limitado a un examen de rutina y una prueba de refracción cada 12 meses. Se cubren exámenes adicionales si son médicamente necesarios.

Servicios de posrefracción

Marcos y Lentes: Un par de anteojos que pueden ser de plástico o de cristal, de visión única, bifocales, trifocales, con lentillas de aumento y/o lentes de tamaño más grande, a la moda y con tintes graduados, de lentes de mayor tamaño, con prescripción en cristales gris #3, lentes para el sol de prescripción, lentes de prescripción de policarbonato con revestimiento protector en contra del rayado y artículos para una visión pobre.

Frecuencia de los exámenes de visión: Un examen de la visión y refracción cada 12 meses. Incluye la dilatación, si es indicada profesionalmente. Sin costo para el miembro si es dentro de la red. Por fuera de la red – no hay cobertura.*

Frecuencia del reemplazo de los lentes y marcos: Un par de anteojos cada 12 meses cuando son médicamente necesarios para la corrección de la visión.

Lentes: Dentro de la red – se cubre por completo un par cada 12 meses. Por fuera de la red – no hay cobertura.*

Nota: Los lentes de policarbonato se cubren por completo cuando son para niños, pacientes monoculares y pacientes con receta de más de +/- 6.00 dioptrías.

Nota: El revestimiento anti-rayado está disponible para todos los lentes sin copagos adicionales.

* La exclusión por fuera de la red solo se aplica si el niño se encuentra dentro del área que se cubre en el momento en que los lentes de armazón o de contacto necesitan ser reemplazados. Si el niño sale del área que se cubre inesperadamente, por ejemplo en vacaciones, y se necesitan anteojos de reemplazo, los gastos en que se incurra pueden ser enviados a l plan para que sean reembolsados.

** Este descuento está disponible por proveedores que han estado de acuerdo en tener un contrato para dar descuentos.

Beneficios oftalmológicos

Es posible que no haya copagos por tipos y tratamientos opcionales de lentes y tratamientos:

Revestimiento protector ultravioleta	No hay copago
Lentes de policarbonato (cuando no es para niño, monocular o por receta de más de +/-6.00 dioptrías)	\$30
Lentes con segmentos combinados	\$20
Lentes de visión Intermedia	\$30
Estándar progresivos	\$50
Premium progresivos (Varilux®, etc.)	\$90
Lentes de cristal fotocromáticos	\$20
Lentes de plástico fotosensitivos (Transitions®)	\$65
Lentes polarizados	\$75
Revestimiento estándar anti-reflectivo (AR)	\$35
Revestimiento Premium AR	\$48
Revestimiento Ultra AR	\$60
Lentes Hi-Index	\$55

Marcos: Marcos dentro del plan están disponibles sin costo para el miembro. Marcos fuera del plan: Gastos por arriba de \$130 tienen un subsidio para pagar por el miembro. Adicionalmente, hay un descuento del 20% disponible para costos por arriba de \$130.* * Por fuera de la red – no hay cobertura.*

- El reemplazo de lentes y marcos perdidos, robados o destruidos, (un original y un reemplazo por año calendario cuando sea médicamente necesario).

Lentes de contacto: Una prescripción cada 12 meses – en lugar de anteojos cuando sean médicamente necesarios para la corrección de la visión.

En algunos casos los proveedores participantes pueden hacer cargos por separado por la evaluación, el ajuste o los cuidados de seguimiento relacionados a los lentes de contacto. Si esto sucede y si el valor de los lentes de contacto es menor que la cantidad designada, la diferencia hasta por \$130 puede aplicarse hacia el costo de evaluación, materiales y cuidados de seguimiento. Usted será responsable por cualquier cantidad por arriba de \$130. Además, un descuento del 15% está disponible para cantidades de más de \$130.* *

Beneficios oftalmológicos

Gastos en exceso de \$600 por lentes de contacto médicamente necesarios, con aprobación previa. Estas condiciones incluyen: afasia, pseudoafasia o queratocono, si el paciente ha tenido cirugía de cataratas o implantes, o cirugía de trasplante de corneas, o si la actividad visual no es corregible a 20/40 en el peor de los dos ojos con el uso de anteojos en armazón, pero puede mejorarse a 20/40 en el peor ojo usando lentes de contacto.

Visión deficiente:

Una evaluación para la visión deficiente cada 5 años, con un cargo máximo de \$300; con una cantidad máxima de cobertura para la deficiencia de la visión de \$600, con un máximo de por vida de \$1,200 para artículos tales como anteojos de alto poder, lupas y telescopios; y tratamientos de seguimiento — cuatro visitas en un período de cinco años, con cargo máximo por visita de \$100. Los proveedores obtendrán las autorizaciones previas necesarias para esos servicios.

¿Qué beneficios oftalmológicos no están cubiertos?

- Terapia de ejercicio de la visión y cirugía refractiva;
- Lentes con receta para lentes de sol o lentes de seguridad industrial.

Costos para el paciente asociados con pruebas experimentales clínicas calificadas:

Se proveen beneficios para los costos rutinarios del paciente asociados con la participación de una prueba experimental clínica calificada. Para asegurar la cobertura y el procesamiento apropiado de las reclamaciones, UnitedHealthcare debe ser notificado previamente acerca de la participación del miembro en una prueba clínica experimental calificada.

Los beneficios se pagarán si la prueba clínica experimental calificada se conduce por un proveedor profesional participante y se lleva a cabo en una institución proveedora que sea participante. Si no hay una prueba comparable que un proveedor profesional participante pueda llevar a cabo y que pueda llevarse en un establecimiento proveedor que sea participante, entonces UnitedHealthcare tomará en consideración los servicios por un proveedor que no sea participante, participando en la prueba experimental clínica que se considere una prueba experimental clínica calificada por UnitedHealthcare.

Pruebas clínicas experimentales calificadas – una fase I, II, III, o IV de pruebas clínicas que son conducidas en relación a la prevención, detección o tratamiento del cáncer o de otra enfermedad o condición que pone en peligro la vida y que se describe en cualquiera de las siguientes:

- A. Pruebas experimentales federales fundadas: el estudio o la investigación es aprobada o fundada (que puede inclusive ser fundada por contribuciones al caso) por uno o más de las siguientes instituciones:
 - 1. Institutos Nacionales de salud (The National Institutes of Health – NIH);
 - 2. Los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades – CDC);
 - 3. La Agencia para la Investigación y Calificación de los Cuidados para la Salud (The Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ)
 - 4. Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS);
 - 5. Grupos Cooperativos o centros de cualquiera de las entidades descritas en los números descritos arriba del 1 al 4 o del Departamento de la Defensa (Department of Defense – DOD) o del Departamento de Los Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs – VA);
 - 6. Cualquiera de los siguientes, sí las condiciones de los Departamentos se llenan:
 - a. El Departamento de los Asuntos de los Veteranos (The Department of Veterans Affairs – VA);
 - b. El Departamento de la Defensa (The Department of Defense – DOD); o
 - c. El Departamento de Energía (The Department of Energy – DOE), si por el estudio o la investigación conducido por un Departamento ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de PEERS? Que el Secretario determina ser (A) comparable a al sistema de revision por PEERS? de los estudios e investigaciones empleados por los Institutos Nacionales de Salud y (B) asegura imparcialmente la revision de los estándares más altos por individuos calificados que no tienen intereses en cuáles serán los resultados de esta revisión.

Cuidados Preventivos

- B. El estudio o la investigación se conduce bajo la solicitud de investigación de un nuevo medicamento revisado por la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration – FDA); o
- C. El estudio o la investigación es un ensayo que está exento de tener una solicitud para una investigación como un nuevo medicamento.

La referencia a la notificación es 42 U.S.C. § 300gg-8. Este estatuto requiere que quien lo emita, provea la cobertura para los costos de salud rutinarios para el paciente, brindados por individuos participantes calificados en pruebas experimentales clínicas aprobadas y dicho emisor “no debe negar la participación individual en las pruebas experimentales clínicas”.

En la ausencia del criterio arriba descrito, las pruebas clínicas experimentales deben ser aprobadas por UnitedHealthcare como una Prueba clínica experimental de calificada.

Costos del paciente asociados con las pruebas experimentales clínicas calificadas – Los costos de rutina del paciente incluyen todos los artículos y servicios consistentes con la cobertura provista por este plan que se cubre típicamente para un Individuo Calificado, quien no está inscrito en una prueba experimental.

Exclusiones de CHIP

No todos los servicios, suministros u honorarios están cubiertos por CHIP. Salvo los estipulados específicamente en el resumen de beneficios CHIP reconocidos en este manual, o identificados específicamente en este manual como beneficios mejorados de UnitedHealthcare, **no se brindará ningún beneficio para los siguientes servicios, suministros y honorarios, incluso, pero sin limitarse a:**

Medicina alternativa	Incluso, pero sin limitarse a: acupuntura, acupresión, aromaterapia, terapia de aversión, medicina ayurvédica, terapia bioenergética, terapia de dióxido de carbono, terapia de confrontación, terapia de curación con cristales, desprogramación de cultos, terapia con delfines, terapia de aversión mediante electricidad para el alcoholismo, terapia ecuestre, terapias expresivas tales como el arte o el psicodrama, imaginación guiada, medicina herbal, homeopatía, terapia hiperbárica, terapia de masajes, narcoterapia, naturoterapia, terapia ortomolecular, terapia primordial, terapia de relajación, meditación trascendental y yoga.
Fertilización asistida	Ninguna.
Servicios de salud conductual por los siguientes motivos	<ul style="list-style-type: none">• Cualquier servicio relacionado con trastornos que no estén definidos como trastornos mentales tratables según el <i>Manual diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)</i>.• Servicios de los que no se espera que produzcan una mejoría demostrable de la afección o en el nivel de las funciones del miembro, y terapia de mantenimiento crónica, salvo en caso de enfermedad/trastorno mental grave.• Tratamientos de pacientes hospitalizados o ambulatorios relacionados con el retardo mental.• Mantenimiento con metadona para el tratamiento de la dependencia química.
Artículos de confort y comodidad	Ningunos.
Aparatos correctivos	Con fines principalmente atléticos o relacionados con un plan de tratamiento de medicina del deporte.

Exclusiones de CHIP

Cirugía u otros procedimientos cosméticos

Cirugía cosmética u otros procedimientos para reparar o reformar una estructura del cuerpo para la mejora de la apariencia de la persona o por motivos psicológicos o emocionales, de los cuales no se espera ninguna mejoría en la función fisiológica, excepto para cirugías o servicios requeridos por ley o especificados en la sección Beneficios cubiertos de más arriba.

Ordenados por un tribunal

Los servicios ordenados por un tribunal cuando no sean médicamente necesarios para la afección médica o la salud conductual del miembro, según lo determinado por el médico del miembro.

Atención bajo custodia

Ninguna.

Exclusiones odontológicas específicas

- Puentes, a menos que sean necesarios como consecuencia de un accidente o una herida.
- Reclamos relacionados con los servicios cubiertos en los que el dentista y el miembro elijan un tratamiento más caro que el normalmente proporcionado por la odontología y acorde con los criterios profesionales sensatos de la práctica odontológica para la afección dental en cuestión.
- Dispositivos duplicados y temporarios, aparatos y servicios.
- Restauración de lámina de oro y restauraciones o prótesis que utilicen metal noble o metal noble alto, a menos que se determine que el uso de estos metales es médicamente necesario.
- Barnices labiales.
- Laminados hechos con fines cosméticos.
- Anestesia local cuando sea cobrada aparte por el dentista.
- Cirugía de la boca cubierta por la parte médica del beneficio.
- Programas de control de placa, educación de higiene bucal e instrucción dietética.
- Reemplazo del retenedor.

Exclusiones de CHIP

- Medicamentos**
- Medicamentos de implementación del estudio de eficacia de medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI).
 - Medicamentos experimentales.
 - Medicamentos para bajar de peso.
 - Agentes de infertilidad.
 - Medicamentos utilizados con fines estéticos.
 - Esteroides anabólicos.
 - Medicamentos etiquetados para uso investigativo.
 - Medicamentos utilizados para el crecimiento del cabello.
 - Medicamentos para la impotencia.

- Equipos médicos duraderos**
- Equipos/suministros médicos que sean:
- De naturaleza prescindible.
 - Apósitos, a menos que el nivel de atención requiera de cuidados de enfermería especializada en el hogar.
 - Utilizados principalmente para fines no médicos, por ejemplo, equipos de aire acondicionado, humidificadores o purificadores de aire eléctricos.
 - Elementos básicos de comodidad o conveniencia o elementos principalmente para la conveniencia de la persona que cuida a un miembro.

- Exámenes**
- Examen o evaluación física o cualquier evaluación de salud mental o dependencia química realizada principalmente a pedido de, para la protección o conveniencia de, o para cumplir con el pedido de un tercero incluidos, sin limitación, abogados, empleadores, aseguradoras, escuelas, campamentos y oficinas de licencia de conducir.

- Formularios**
- Los costos por completar cualquier informe especializado, formulario, formulario de seguro o copia de registros médicos.

Exclusiones de CHIP

Estudios de asesoramiento genético	El asesoramiento genético y los estudios que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de un afección médica definida.
Atención domiciliaria	La atención domiciliaria para afecciones crónicas. No se proporciona cobertura alguna para servicios de dieta, servicios domésticos, terapias de mantenimiento, atención bajo custodia o comidas y alimentos a domicilio.
Inmunizaciones y medicamentos	Las inmunizaciones y medicamentos utilizados para la prevención de enfermedades cuando sean requeridos solamente para empleos o viajes fuera de Estados Unidos.
Atención a largo plazo	Ninguna.
Servicios o suministros médicamente innecesarios	Ningunos.
Retraso mental	Los servicios para el tratamiento del retraso mental excepto que aquí se disponga lo contrario.
Servicio militar	La atención para el servicio militar relacionada con discapacidades o afecciones para las que el miembro tenga el derecho legal de recibir servicios bajo otra cobertura.
Accidente automovilístico/compensación a trabajadores	El costo de hospital, médico o de otros servicios de salud como consecuencia de heridas corporales accidentales derivadas de un accidente automovilístico, en la medida que tales beneficios sean pagaderos mediante cualquier provisión de pago de gastos médicos (cualquiera sea la terminología usada, incluyendo aquellos beneficios ordenados por la ley) de cualquier póliza de seguros automovilísticos, a menos que esté prohibido por la ley aplicable. Los servicios para los que la cobertura es requerida por la ley federal, estadual o local, a ser comprados o provistos por otros acuerdos, incluidos pero no limitados a coberturas exigidas por la compensación de trabajadores, seguros automovilísticos de cobertura mínima y legislación similar.

Exclusiones de CHIP

Servicios no cubiertos

- Cualquier servicio, suministro o tratamiento no consignado específicamente como un beneficio, servicio, suministro o tratamiento cubierto por CHIP, a menos que sea un servicio de atención básica. Cualquier servicio cubierto relacionado con o requerido por un elemento excluido o servicio no cubierto, a menos que tales servicios sean considerados servicios de atención básica.
- Costos de copagos que sean responsabilidad del miembro.
- Costos de conversaciones telefónicas o por no acudir a una cita agendada.
- Los servicios o suministros que no sean provistos o acordados por un proveedor participante de CHIP y autorizado para el pago de acuerdo a las políticas y procedimientos de gestión médica de CHIP.
- Los servicios proporcionados por un proveedor sin licencia o no reconocido por CHIP.
- Los servicios prestados luego de la fecha de finalización de la cobertura del miembro, excepto si fueran requeridos por CHIP.
- Los servicios proporcionados antes de la fecha efectiva de cobertura del miembro.
- Los servicios prestados por un proveedor que sea integrante de la familia inmediata o del hogar del miembro.
- Los servicios por los que el miembro no tendría obligación legal de pagar.
- Los servicios prestados por un proveedor profesional involucrado en un programa de educación o adiestramiento, cuando tales servicios estén relacionados con el programa de educación o adiestramiento.
- Los servicios relacionados con el fin de obtener o mantener una licencia, un empleo, un seguro, o para fines relacionados con procedimientos judiciales o administrativos tales como fallos en juicios matrimoniales, de pensión alimenticia o de custodia.
- Los servicios que requieran una autorización previa de CHIP para los que el miembro o el proveedor tratante no la obtuvieron.
- Los servicios que sean suministrados por dos proveedores profesionales diferentes, que den los mismos servicios al mismo tiempo al mismo miembro.
- Los servicios que sean principalmente educativos por naturaleza, de rehabilitación vocacional y de terapia recreativa y educativa, excepto cuando sean requeridos por la ley y se determine que son médicamente necesarios.
- Los tratamientos de disfunción sexual no relacionados directamente con enfermedades orgánicas o lesiones.

Elementos no médicos

Ningunos.

Exclusiones de CHIP

Suplementos nutricionales

- Cualquier fórmula, cuando sea usada para la conveniencia del miembro o del hogar del miembro.
- Alimentos licuados, alimentos para bebés, espesantes o alimentos comunes de estantería, cuando son usados con un sistema enteral.
- Leche o fórmula a base de soya con las proteínas intactas.
- Productos alimenticios normales utilizados en dietas o trastornos metabólicos genéticos hereditarios.
- Suplementos nutricionales o cualquier otra sustancia utilizada con el único fin de subir o bajar de peso o para el mantenimiento, la limitación o la suplementación calórica.
- Proteína intacta semisintética/aislados de proteína orales; proteína intacta natural/aislados de proteína, y proteína intacta/aislados de proteína.
- Productos alimenticios normales o productos de estantería, incluidos los suplementos nutricionales de venta libre.
- Suplementos alimenticios, alimentos libres de lactosa, vitaminas o minerales utilizados para reemplazar alimentos no tolerados, o determinadas fórmulas infantiles para suplementar una dieta deficiente o proporcionar nutrición alternativa.
- Vitaminas o minerales tomados oralmente, a menos que sean cubiertos por el beneficio de la farmacia.
- Productos entéricos y suministros relacionados que sean administrados oralmente.

Cirugía bucal

Servicios relacionados con el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular o trastornos de la articulación temporomandibular, con la excepción de la cirugía para la enfermedad de la articulación temporomandibular especificada en la sección de beneficios cubiertos.

Servicios de podiatría

Salvo los necesarios para el tratamiento de la diabetes o los medicamentos necesarios debido a una enfermedad vascular periférica grave.

Servicios de finalización del embarazo

Excepto aquellos provistos por las leyes de la Commonwealth de Pennsylvania.

Exclusiones de CHIP

Instalación pública/Gobierno Atención de afecciones que la ley federal, estadual o local requiera que sean tratadas en una instalación pública o un servicio acondicionado por el Gobierno a cualquier nivel, a menos que la cobertura sea requerida legalmente.

Terapia de rehabilitación para trastornos psiconeuróticos o de la personalidad

Ninguna.

Procedimientos de reversión de esterilización voluntaria

Ningunos.

Servicios proporcionados sin la autorización previa requerida

Ningunos.

Servicios y procedimientos de reasignación de sexo

Ningunos.

Maternidad de alquiler

Todos los servicios y suministros asociados con la maternidad de alquiler, incluidos pero no limitados a todos los servicios y suministros relacionados con la concepción y la atención de prenatal a posnatal de un miembro que actúe como madre sustituta.

Exclusiones de CHIP

Trasplantes/ donación de órganos

- Trasplantes experimentales o investigativos.
- Servicios requeridos por un miembro relacionados con la donación de órganos cuando el miembro actúe como donante, a menos que el receptor esté cubierto por CHIP.
- Servicios requeridos por un donante cuando los beneficios estén disponibles para el donante de cualquier otra forma. Esto incluye pero no se limita a otra cobertura de seguro o cualquier programa del Gobierno. Los beneficios no disponibles de otra forma, proporcionados al donante, serán cargados a la cobertura del miembro.
- No se hará pago alguno por órganos que sean comprados en lugar de donados.

Transporte de rutina o para fines no de emergencia

Ninguno.

Exclusiones específicas de la visión

- Cobertura de tratamientos médicos o quirúrgicos, medicamentos o medicación, lentes no recetados, exámenes, procedimientos de capacitación o materiales no especificados como un beneficio CHIP.
- Procedimientos especiales o inusuales, tales como pero no limitados a ortóptica, capacitación de la visión, asistencia para visión subnormal y tonografía.
- Reemplazo de lentes, lentes de contacto o marcos perdidos, robados, rotos o dañados, excepto en los intervalos especificados en el resumen de beneficios CHIP.
- Servicios o materiales provistos por el gobierno federal, estadual o local o la compensación a trabajadores.
- Lentes de sol (normales o de receta), lentes de seguridad industrial (3 mm) y marcos de seguridad con protección lateral.
- Cirugía para corregir la miopía, la hipermetropía, el astigmatismo y queratotomía radial.

Reducción de peso

Cirugía bariátrica, medicación contra la obesidad, incluidos pero no limitados a supresores del apetito e inhibidores de la lipasa.

Programas de Manejo de Enfermedades y de Casos

Los programas de Manejo de Enfermedades y de Casos son programas que proporcionan información y comunicaciones específicas a miembros con ciertas afecciones de salud. Se usan para proporcionar apoyo especializado y educación para asistir a miembros diagnosticados con determinadas afecciones que requieren esfuerzos de autocuidados específicos. El manejo de enfermedades ayuda a mejorar la calidad de vida de un miembro mediante la prevención o minimización de los efectos de una enfermedad o afección, y ayuda además a reducir los costos de atención médica. Estos programas son gratuitos para los miembros CHIP que sean elegibles.

¿Qué programas de Manejo de Enfermedades están disponibles?

Los miembros CHIP tienen derecho a participar en cualquiera de los siguientes programas de manejo de enfermedades:

- Asma
- Diabetes
- Obesidad
- Dejar de fumar

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, para averiguar más acerca de los programas de manejo de enfermedades disponibles para su hijo.

¿Cómo puedo inscribir a mi hijo en un programa de manejo de enfermedades?

UnitedHealthcare puede inscribir automáticamente a su hijo en un programa de manejo de enfermedades o casos si tiene determinados diagnósticos. El PCP de su hijo también puede inscribir a su hijo en alguno de los programas de UnitedHealthcare.

Si su hijo no está inscrito actualmente en un programa y usted cree que podría beneficiarse con el servicio de manejo de enfermedades o casos, o si quiere más información acerca de estos programas, puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.

Administración de utilización

La administración de utilización es un procedimiento que usa UnitedHealthcare para administrar el uso de los servicios médicos y asegurar que su hijo reciba la atención necesaria, apropiada y de alta calidad en una forma rentable. Ningún empleado o proveedor de UnitedHealthcare Community Plan es recompensado de alguna manera para tomar decisiones sobre el cuidado de su hijo debe o no debe obtener o que podrían dar lugar a que no se presta suficiente atención. UnitedHealthcare Community Plan también se asegura que nuestros proveedores dan gran cuidado. El médico de su hijo puede pedir nuestros procedimientos de toma de decisiones llamando a Servicios al Proveedor al 1-800-600-9007.

Puede obtener más información acerca del proceso de utilización y las decisiones sobre autorización llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**. Será derivado a un miembro del equipo de administración de utilización que podrá hablarle sobre por qué se tomó una determinada decisión y darle a conocer los criterios usados para tomarla.

Evaluación de nuevos tratamientos y tecnologías

El acceso de los miembros a una atención segura y efectiva es importante para nosotros. Rutinariamente evaluamos nuevos servicios de atención médica, procedimientos, dispositivos y tratamientos con medicamentos para determinar si deben ser incluidos como un beneficio CHIP para nuestros miembros. Para ser considerado para la cobertura, el tratamiento o tecnología nuevos deben:

- Tener la aprobación final del cuerpo regulador del gobierno apropiado, tal como la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA);
- Tener el respaldo de evidencia científica publicada de que el tratamiento o la tecnología posee valor terapéutico;
- Tener efectos saludables sobre los resultados de la salud o los riesgos de la salud; y
- Proporcionar un beneficio que sea igual o superior al de cualquier alternativa actual.

Estamos comprometidos a evaluar todos los tratamientos y tecnologías nuevos que sean solicitados por el médico de su hijo a los efectos de su atención. Los directores médicos de UnitedHealthcare, que consideran nueva información científica y médica, así como cualquier requerimiento aplicable del gobierno, analizan estas solicitudes. Cualquier tratamiento médicamente necesario que no se considere experimental podrá ser analizado al momento de la solicitud. Tanto usted como el médico de su hijo serán notificados de la decisión de UnitedHealthcare.

Programa de mejoramiento de la calidad

UnitedHealthcare tiene un programa listo para controlar y mejorar la atención que recibe su hijo como miembro CHIP. Esto incluye la atención que recibe su hijo de los proveedores participantes, así como los servicios y otros programas puestos a disposición para usted y su hijo.

UnitedHealthcare trabaja con los proveedores participantes para seguir los lineamientos, parámetros y normas de los organismos reguladores y cuerpos acreditados, incluidos los departamentos de Salud, Seguros y Servicios Humanos de Pennsylvania, los centros federales para servicios Medicare y Medicaid y el comité nacional de garantía de la calidad.

Algunas de las áreas que controlamos como parte del programa de mejoramiento de la calidad incluyen:

- Acreditación y reacreditación de médicos y otros proveedores;
- Atención médica preventiva y oportunidades de mejoramiento del bienestar del miembro;
- Acceso a la atención y satisfacción con ella; y
- Administración de utilización.

Si desea más información acerca del programa de mejora de la calidad de UnitedHealthcare, póngase en contacto con Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**. UnitedHealthcare puede proporcionarle una descripción del programa y ponerle al día sobre cómo hace para cumplir con cualquiera de los objetivos establecidos.

Puede también visitar www.chipcoverspakids.com para ver informes de rendimiento anuales de CHIP.

¿Qué derechos a la privacidad y confidencialidad tiene mi hijo?

Su hijo tiene el derecho de tener todos sus registros e información personal salvaguardados y a mantenerlos privados y confidenciales. Esto incluye tanto a miembros actuales como anteriores de UnitedHealthcare. CHIP y UnitedHealthcare siguen todas las normas de la ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Esta ley protege la privacidad de la información médica y de los registros médicos de cada persona. CHIP y UnitedHealthcare también siguen todas las normas de otros estados y federales referidas a la privacidad de los registros médicos y la información sanitaria.

¿Qué tipo de información está cubierta por las políticas de privacidad y confidencialidad de UnitedHealthcare?

La información médica de su hijo protegida incluye elementos como:

- Nombre;
- Dirección;
- Número de seguridad social;
- Fecha de nacimiento;
- Servicios de atención médica recibidos;
- Primas pagadas; e
- Historia clínica.

¿En qué circunstancias UnitedHealthcare puede revelar legalmente la información médica protegida de mi hijo?

UnitedHealthcare puede revelar la información médica protegida de su hijo en las siguientes circunstancias:

- Cuando sea requerida por la ley o por una orden de un tribunal;
- Cuando usted otorgue una autorización escrita para revelar la información;
- En conexión con cualquiera de las siguientes acciones de UnitedHealthcare:
 - Para verificar la cobertura de un miembro;
 - Para acordar un tratamiento o servicios de atención médica para su hijo;
 - Para proveer el pago por un tratamiento o servicios de atención médica que recibió su hijo;
 - Para coordinar beneficios, atención y reclamos de pagos entre dos aseguradoras;
 - Para compartir información requerida por la ley en relación a un reclamo o una queja de un miembro;
 - Para acumular datos demográficos y otra información estadística para usar en los programas de mejoramiento de la calidad y administración de utilización de UnitedHealthcare;
 - Para auditorías internas y externas, y
 - Para realizar operaciones de negocios rutinarias necesarias para proporcionar a su hijo una cobertura de atención médica de calidad.

Privacidad y confidencialidad

¿Qué debo hacer si creo que los derechos a la privacidad de mi hijo han sido violados?

Si cree que los derechos a la privacidad de su hijo han sido violados, puede presentar un reclamo escrito directamente al funcionario de privacidad (Privacy Officer) de UnitedHealthcare a esta dirección:

UnitedHealthcare Government Programs
Privacy Office
MN006-W800
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440

o llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711.**

Si lo prefiere, puede presentar un reclamo formal escrito en la Secretaría del departamento de salud y servicios humanos de EE. UU. (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services) a la dirección proporcionada más abajo. Su reclamo debe estar en un formulario escrito y debe incluir su nombre y el de su hijo. Los reclamos anónimos no serán aceptados.

Office of Civil Rights
Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
150 South Independence Mall West
Suite 372
Philadelphia, PA 19106-3499

¿Cómo puedo aprender más acerca de la ley HIPAA y los derechos a la privacidad de mi hijo?

Si desea conocer más acerca de la ley HIPAA y los derechos a la privacidad de su hijo, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711.**

También puede averiguar más visitando cualquiera de los siguientes sitios web:

- UHCommunityPlan.com
- www.chipcoverspakids.com/chipresources/resources-for-consumers/
- www.hhs.gov/ocr
- www.dsf.health.state.pa.us

Fraude y abuso

UnitedHealthcare tiene un número telefónico de acceso directo que puede usarse para informar sobre un proveedor médico, una instalación o una empresa por sospecha de fraude o abuso. El número telefónico de acceso directo es 1-877-766-3844, TTY/PA RELAY 711. Algunos ejemplos de fraude y abuso comunes son:

- Le facturan o cargan servicios que no fueron proporcionados a su hijo.
- Le ofrecen regalos o dinero para recibir tratamiento o servicios.
- Le ofrecen servicios gratuitos, equipos o suministros a cambio del número de su tarjeta de identificación.
- Le proporcionan servicios que su hijo no necesita realmente.
- Abuso físico, mental o sexual por parte del equipo médico.

Reclamos y quejas

Sus comentarios son importantes para nosotros. Trabajamos continuamente para mejorar la calidad de la atención y el servicio que recibe su hijo. Si en algún momento no está satisfecho con las respuestas de UnitedHealthcare o el servicio que recibió su hijo, puede pedir para presentar un reclamo o una queja. La cobertura CHIP de su hijo no se cancelará porque usted presente un reclamo o una queja.

Cada procedimiento tiene dos niveles de revisión interna y la oportunidad de apelar la decisión en organismos del estado a través de un procedimiento de revisión externa. Existe también una revisión de quejas “expedita” o acelerada para situaciones en las que debe tomarse una decisión rápidamente debido a la afección médica de su hijo.

En cualquier momento durante el proceso de reclamo o queja, usted tiene el derecho de elegir a alguien que le ayude actuando en su nombre. Esta persona se llama el “representante del miembro”. Si desea designar a alguien para que sea su representante, debe notificarlo por escrito a UnitedHealthcare. Se le enviará un formulario para completar y ser devuelto a nosotros para que podamos formalizar su solicitud. Puede solicitar que alguien deje de ser su representante o cambiar su representante en un reclamo o queja en cualquier momento notificándolo por escrito a UnitedHealthcare.

Si su problema se relaciona con una queja, el proveedor de atención médica de su hijo puede, con su consentimiento escrito, presentar la queja por usted.

En cualquier momento durante el proceso de reclamo o queja, tiene derecho a que se designe a un empleado de UnitedHealthcare para ayudarle a usted o a su representante a preparar el reclamo o la queja. **Esto no tendrá costo alguno para usted.** El empleado que se designe no habrá estado implicado en ninguna decisión que sea el objeto de su reclamo o queja, y se comprometerá a actuar con imparcialidad en su representación. Al presentar un reclamo o queja, usted tiene derecho a enviar a UnitedHealthcare todo comentario por escrito, así como registros, documentos o cualquier otra información de la que disponga acerca de su reclamo o queja. UnitedHealthcare se compromete a tomar en cuenta total y honestamente todo material que reciba de usted.

Si en cualquier momento del proceso de reclamo o queja, usted cree que UnitedHealthcare lo ha clasificado mal, puede comunicarse con el Departamento de Salud de Pennsylvania o el Departamento de Seguros de Pennsylvania para pedir su opinión acerca de si su asunto es un reclamo o una queja. UnitedHealthcare aceptará esa decisión y utilizará el proceso que el Departamento de Salud o el Departamento de Seguros indique como el más adecuado.

Si en cualquier momento usted cree que UnitedHealthcare usa requisitos administrativos, marcos temporales u otras tácticas para desalentarlos directa o indirectamente a usted o a su representante de recurrir al proceso de reclamo o queja, puede comunicarse con el Departamento de Salud de Pennsylvania o con el Departamento de Seguros de Pennsylvania para investigar su preocupación. La investigación de ese alegato no demorará el procesamiento de su reclamo o queja.

Reclamos y quejas

La información de contacto con esos departamentos es la siguiente:

Bureau of Managed Care

Pennsylvania Department of Health

Health & Welfare Building, Room 912

625 Forster Street

Harrisburg, PA 17120

Número de teléfono: 1-717-787-5193 o 1-888-466-2787, TTY/PA RELAY 711

Servicio de desvío de AT&T: 1-800-654-5984 (TTY)

Número de fax: 1-717-705-0947

O

Bureau of Consumer Services

Pennsylvania Insurance Department

1209 Strawberry Square

Harrisburg, PA 17120

Número de teléfono: 1-717-787-2317 o 1-877-881-6388, TTY/PA RELAY 711

Número de fax: 1-717-787-8585

Puede comunicarse con Servicios para Miembros en alguno de los siguientes números de llamada gratuita para obtener más información acerca de la presentación y estado actual de una queja o un reclamo:

- **1-800-414-9025**
- **TTY/PA RELAY 711**

¿Qué es un reclamo?

Un reclamo (complaint) se formula cuando usted no está satisfecho con la atención o los servicios brindados a su hijo por un proveedor participante, o por cuestiones de beneficios como por ejemplo exclusiones, limitaciones y beneficios no cubiertos, o por las políticas de operaciones y gestión de UnitedHealthcare. Un reclamo no incluye decisiones basadas en la necesidad médica o la adecuación de un servicio de atención médica para su hijo. Si usted no está seguro, Servicios para Miembros puede ayudarle a decidir si se trata de un reclamo o de una queja.

Reclamos y quejas

¿Qué debo saber para presentar un reclamo de primer nivel?

- Usted o su representante pueden presentar un reclamo de primer nivel llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, o enviando una carta a:
Grievance and Appeals Department
UnitedHealthcare Community Plan of Pennsylvania
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364
- Usted o su representante deben presentar el reclamo dentro de los **45 días** del suceso o de la fecha en la cual usted recibió el aviso de la decisión de UnitedHealthcare.
- UnitedHealthcare le dará aviso por escrito a usted o a su representante confirmando la recepción de su reclamo.
- Un comité de revisión inicial de reclamos de primer nivel revisará e investigará su reclamo. No estará integrado por ninguna persona que hubiera participado en la decisión relacionada con el asunto.
- Usted y su representante tienen derecho a acceder a toda la información acerca del tema del reclamo. UnitedHealthcare podrá cargar una tarifa razonable por la reproducción de los documentos.
- Usted y su representante tienen derecho a presentar datos por escrito u otro material en apoyo de su reclamo.
- UnitedHealthcare completará la revisión e investigación del reclamo y tomará una decisión dentro de los **30 días** de recibido el reclamo.
- UnitedHealthcare le notificará por escrito a usted o a su representante la decisión del comité de revisión inicial dentro de los **5 días hábiles** de tomada la decisión del comité. La carta incluirá la decisión que se tomó y sus razones, y cómo solicitar una revisión de segundo nivel si usted no está satisfecho con la decisión adoptada.

¿Qué debo saber para presentar un reclamo de segundo nivel?

- Para presentar un reclamo de segundo nivel, su reclamo debe haber pasado antes por el proceso de reclamo de primer nivel.
- Usted o su representante pueden presentar un reclamo de segundo nivel llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**, o enviando una carta a:
Grievance and Appeals Department
UnitedHealthcare Community Plan of Pennsylvania
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364
- Usted o su representante deben presentar su reclamo de segundo nivel dentro de los **45 días** siguientes a la fecha en que usted recibió el aviso de la decisión de UnitedHealthcare sobre el reclamo de primer nivel.

Reclamos y quejas

- Usted y su representante tienen derecho a comparecer ante el comité de revisión de segundo nivel. El día y hora de la revisión se le informarán por escrito a usted y a su representante por lo menos **15 días** antes de la fecha programada. Se harán esfuerzos para ser razonablemente flexible tomando en cuenta la distancia y la duración del viaje para permitir su asistencia. Si no puede comparecer en persona, tiene derecho a que se le permita participar mediante teléfono u otro medio apropiado.
- UnitedHealthcare completará la revisión de segundo nivel y tomará una decisión dentro de los **45 días** de recibida la solicitud de una revisión de segundo nivel.
- UnitedHealthcare le notificará por escrito a usted o a su representante la decisión del comité de revisión de segundo nivel dentro de los **5 días hábiles** de tomada la decisión del comité. La carta le indicará la decisión tomada y sus razones, y cómo presentar una apelación ante el Departamento de Salud o el Departamento de Seguros si no está satisfecho con la decisión adoptada.

¿Qué necesito saber acerca de cómo presentar una apelación de reclamo ante el Departamento de Salud o el Departamento de Seguros?

- Para presentar una apelación de reclamo ante el Departamento de Salud o el Departamento de Seguros, su reclamo debe haber pasado por los procesos de primero y segundo nivel de reclamo de UnitedHealthcare.
- Usted o su representante pueden presentar una apelación de reclamo enviando una carta a una de las siguientes direcciones. Si lo desea, puede solicitar presentar la apelación en un formato alternativo. Se suministrará personal para transcribir una apelación oral.

Bureau of Managed Care

Pennsylvania Department of Health

Health & Welfare Building, Room 912
625 Forster Street
Harrisburg, PA 17120

Número de teléfono: 1-717-787-5193 o 1-888-466-2787, TTY/PA RELAY 711

Servicio de desvío de AT&T: 1-800-654-5984 (TTY)

Número de fax: 1-717-705-0947

O

Bureau of Consumer Services

Pennsylvania Insurance Department

1209 Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120

Número de teléfono: 1-717-787-2317 o 1-877-881-6388, TTY/PA RELAY 711

Número de fax: 1-717-787-8585

Reclamos y quejas

- Su apelación debe contener la siguiente información:
 - Su nombre, dirección y número de teléfono;
 - El nombre de su hijo y el número de su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare;
 - Una breve descripción del tema sobre el cual se apela, y
 - Una copia de la carta de denegación del segundo nivel.
- Usted o su representante deben presentar su reclamo de apelación dentro de los **15 días** siguientes a la fecha en que usted recibió el aviso de la decisión de UnitedHealthcare sobre el reclamo de segundo nivel.
- UnitedHealthcare remitirá al Departamento el expediente de su reclamo y todo el material que considere parte de las dos primeras revisiones dentro de los **30 días** de que le sea solicitado por el Departamento. Tanto UnitedHealthcare como usted o su representante pueden suministrar información adicional para su consideración y revisión por el Departamento. Usted o su representante recibirán copias de cualquier información adicional que UnitedHealthcare le envíe al Departamento. Si usted o su representante envían información adicional al Departamento, también tendrán que suministrar copias a UnitedHealthcare.

¿Qué es una queja?

Una queja (grievance) es distinta de un reclamo. Se presenta una queja cuando usted no está de acuerdo con una decisión acerca de la necesidad médica o la adecuación de un servicio de atención médica.

Usted, su representante o un proveedor de atención médica participante de la atención de su hijo pueden presentar la queja. Si el proveedor de atención médica opta por no proseguir con una queja sobre la cual le ha estado ayudando, dispone de **10 días** desde la recepción de la carta de negativa o de decisión para notificarle dicha decisión a usted o a su representante (si tiene uno).

Las quejas de primer y segundo nivel siempre son revisadas por un médico certificado o psicólogo certificado que ejerce en la misma especialidad del área médica a la que pertenece su queja, o en una similar. Se le notificará a usted si el médico o el psicólogo no estarán presentes o no participarán en la conferencia telefónica o la videoconferencia en la cual se realizará la revisión. Si el médico o el psicólogo no van a estar presentes, usted tiene derecho a solicitar una copia de su informe. UnitedHealthcare le entregará el informe del médico o del psicólogo por lo menos **7 días** antes de la fecha de la revisión.

¿Qué debo saber para presentar una queja de primer nivel?

- Usted puede presentar una queja de primer nivel enviando una carta a:
Grievance and Appeals Department
UnitedHealthcare Community Plan of Pennsylvania
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364
- La queja debe presentarse por escrito a menos que usted no pueda hacerlo a causa de una incapacidad o impedimento de idioma. Si este es el caso, puede solicitar que un miembro del personal registre su queja verbal llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.
- Usted, su representante o el proveedor de atención médica de su hijo deben presentar su queja dentro de los **45 días** de la fecha en que usted recibió el aviso de la decisión de UnitedHealthcare.
- UnitedHealthcare le notificará por escrito a usted, a su representante o al proveedor de atención médica de su hijo confirmando la recepción de su queja.
- Un comité de revisión de quejas de primer nivel revisará e investigará su queja. No estará integrado por ninguna persona que hubiera participado en la decisión relacionada con el asunto.
- Usted, su representante y el proveedor de atención médica de su hijo, si participaron en la presentación de la queja, tienen derecho a acceder a toda la información relacionada con el asunto de la queja. UnitedHealthcare podrá cobrar una tarifa razonable por la reproducción de los documentos.
- Usted, su representante y el proveedor de atención médica de su hijo tienen derecho a presentar datos por escrito u otro material en apoyo de su queja.
- UnitedHealthcare completará la revisión e investigación del reclamo y tomará una decisión dentro de los **30 días** de recibida la queja.
- UnitedHealthcare le notificará por escrito a usted, a su representante o al proveedor de atención médica de su hijo la decisión del comité de revisión inicial dentro de los **5 días hábiles** de tomada la decisión del comité. La carta incluirá la decisión que se tomó y sus razones, y cómo solicitar una revisión de segundo nivel si usted no está satisfecho con la decisión adoptada.

¿Qué debo saber para presentar una queja de segundo nivel?

- Para poder presentar una queja de segundo nivel, la queja debe haber pasado antes por el proceso de queja de primer nivel.
- Usted puede presentar una queja de segundo nivel enviando una carta a:
Grievance and Appeals Department
UnitedHealthcare Community Plan of Pennsylvania
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Reclamos y quejas

- La solicitud de queja de segundo nivel debe presentarse por escrito a menos que usted no pueda hacerlo a causa de una incapacidad o impedimento de idioma. Si este es el caso, puede solicitar que un miembro del personal registre su solicitud verbal de una queja de segundo nivel llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.
- Usted, su representante o el proveedor de atención médica de su hijo deben presentar su queja dentro de los **45 días** de la fecha en que usted recibió el aviso de la decisión de UnitedHealthcare.
- Usted, su representante y el proveedor de atención médica de su hijo, si han participado en la presentación de la queja, tienen derecho a comparecer ante el comité de revisión de segundo nivel. El día y hora de la revisión se le informarán por escrito a usted, a su representante o al proveedor de atención médica de su hijo por lo menos **15 días** antes de la fecha programada. Se harán esfuerzos para ser razonablemente flexible tomando en cuenta la distancia y la duración del viaje para facilitar su asistencia. Si no puede comparecer en persona, tiene derecho a que se le permita participar mediante teléfono u otro medio apropiado.
- UnitedHealthcare completará la revisión de segundo nivel y tomará una decisión dentro de los **45 días** de recibida la solicitud de una revisión de segundo nivel.
- UnitedHealthcare le notificará por escrito a usted, a su representante o al proveedor de atención médica de su hijo la decisión del comité de revisión de segundo nivel dentro de los **5 días hábiles** de tomada la decisión del comité. La carta le indicará la decisión tomada y sus razones, y cómo presentar una apelación ante el Departamento de Salud si no está satisfecho con la decisión adoptada.

¿Qué necesito saber para presentar una queja externa ante el Departamento de Salud?

- Para poder presentar una queja externa, a queja debe haber pasado antes por los procesos de queja de primero y segundo nivel de UnitedHealthcare.
- Usted puede presentar una queja externa enviando una carta a:
Grievance and Appeals Department
UnitedHealthcare Community Plan of Pennsylvania
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364
- La solicitud de queja externa debe presentarse por escrito a menos que usted no pueda hacerlo a causa de una incapacidad o impedimento de idioma. Si este es el caso, puede solicitar que un miembro del personal registre su solicitud verbal de una queja externa llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.
- Su solicitud de una queja externa debe incluir la siguiente información:
 - Su nombre, dirección y número de teléfono.
 - El nombre de su hijo y el número de su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare;
 - Una breve descripción del tema sobre el cual se presenta la queja.
 - Una copia de la carta de denegación del segundo nivel.

Reclamos y quejas

- Usted, su representante o el proveedor de atención médica de su hijo deben presentar su queja externa dentro de los **15 días** de la fecha en que usted recibió el aviso de la decisión de UnitedHealthcare acerca de la queja de segundo nivel.
- Dentro de los **5 días hábiles** de recibida su solicitud de una revisión de queja externa, UnitedHealthcare notificará al Departamento de Salud su solicitud de una queja externa y solicitará que se asigne una Entidad Certificada de Revisión de Uso (Certified Utilization Review Entity, CRE) para que lleve a cabo la revisión.
- Dentro de los **2 días hábiles** de recibida una solicitud de revisión de queja externa, el Departamento de Salud asignará una CRE para que revise su queja. A usted, a su representante o al proveedor de atención médica de su hijo se les notificará qué CRE ha sido asignada para revisar su queja. Usted tiene derecho a solicitar información acerca de la acreditación por el Departamento de Salud de la CRE asignada. Si el Departamento de Salud no eligiera una CRE dentro de los **2 días hábiles** de recibida una solicitud de revisión externa de una queja, UnitedHealthcare puede designar a una CRE para que lleve a cabo la revisión, tomándola de una lista de CRE previamente aprobadas por el Departamento de Salud.
- Usted dispone de **7 días** desde la fecha del aviso de asignación de la CRE para objetar ante el Departamento de Salud, verbalmente o por escrito, acerca de la CRE asignada si cree que hay un conflicto de intereses entre la CRE y UnitedHealthcare. Existe un conflicto de intereses si la CRE tiene un contrato con UnitedHealthcare o está por firmar uno.
- Dentro de los **15 días** de recibida la solicitud de una revisión externa de queja, UnitedHealthcare enviará el expediente de la queja y todo el material que considere parte de las dos primeras revisiones. Dentro de ese mismo período de **15 días**, usted, su representante o el proveedor de asistencia médica de su hijo recibirán la lista de los documentos enviados a la CRE para la revisión externa de la queja.
- Usted, su representante o el proveedor de asistencia médica de su hijo dispondrán de **15 días** a partir de recibido el aviso de que se ha presentado oficialmente una solicitud de revisión externa para proporcionar a la CRE información adicional para ser considerada en la revisión externa. Usted, su representante o el proveedor de asistencia médica de su hijo también deberán remitir a la vez copias de la misma información a UnitedHealthcare.
- La CRE asignada revisará y emitirá una decisión por escrito que le enviará a usted, a su representante o al proveedor de atención médica de su hijo dentro de los **60 días** de presentada la solicitud de revisión externa de la queja. Si la CRE inicialmente asignada fue objetada, los **60 días** se contarán desde el momento en que se acordó cuál será la CRE revisora. La carta incluirá la decisión adoptada y sus razones, y le informará que usted, su representante o el proveedor de atención médica de su hijo disponen de **60 días** desde recibida la decisión para apelar ante un tribunal de jurisdicción competente si no está satisfecho con la decisión adoptada.

¿Qué es una revisión expedita de queja?

Una revisión expedita es un procedimiento disponible para usted si la vida, la salud o la capacidad de su hijo de recuperar el funcionamiento máximo estuviesen en riesgo a causa de la demora que pudiera ocasionar el proceso normal de revisión. Usted, su representante o el proveedor de atención médica de su hijo pueden solicitar una revisión expedita de queja en cualquier etapa del proceso de revisión de queja si piensan que la situación de su hijo cumple los criterios exigidos para una revisión expedita de queja.

¿Qué debo saber para solicitar una revisión expedita interna de queja?

- Una solicitud de revisión expedita interna de queja puede presentarse llamando a Servicios para Miembros al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY 711**.
- También puede presentar una solicitud de revisión expedita interna de queja enviando una carta a:
Grievance and Appeals Department
UnitedHealthcare Community Plan of Pennsylvania
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364
- Para obtener una revisión expedita interna de queja, tendrá que presentar a UnitedHealthcare un certificado por escrito del médico de su hijo de que la vida, la salud o la capacidad de recuperar el funcionamiento máximo de su hijo estarían en riesgo por cualquier demora que pudiera ocasionar el proceso normal de revisión. El certificado debe incluir el razonamiento clínico y los hechos que apoyan la opinión del médico. El certificado puede enviarse por correo a:
Grievance and Appeals Department
UnitedHealthcare Community Plan of Pennsylvania
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364
- Usted, su representante y el proveedor de atención médica de su hijo tienen derecho a comparecer ante el comité de revisión expedita interna de queja.
- Si le es posible, UnitedHealthcare procurará entregar los informes del médico psicólogo relacionados con su queja antes de la audiencia. Si eso no resulta posible, los informes se leerán para su registro en la audiencia y en ese momento se le entregará a usted una copia.
- La audiencia tendrá lugar dentro de las **48 horas** de recibida la solicitud de una revisión expedita interna de queja acompañada por un certificado médico. Se harán esfuerzos para ser razonablemente flexible tomando en cuenta la distancia y la duración del viaje para facilitar su asistencia. Si usted no puede comparecer personalmente, UnitedHealthcare realizará a audiencia telefónicamente y asegurará que toda la información presentada en la audiencia quede registrada.
- UnitedHealthcare completará la revisión expedita interna de la queja y tomará una decisión dentro de las **48 horas** de recibida la solicitud de una revisión expedita interna de queja acompañada por un certificado médico.

Reclamos y quejas

- UnitedHealthcare le notificará a usted, a su representante o al proveedor de atención médica de su hijo la decisión del comité de revisión interna expedita de su queja. La notificación incluirá la decisión tomada y sus razones, y el procedimiento para obtener una revisión expedita externa de queja si no está satisfecho con la decisión adoptada.

¿Qué debo saber para solicitar una revisión expedita externa de queja?

- Usted, su representante o el proveedor de atención médica de su hijo disponen de **2 días hábiles** después de recibida la decisión de la revisión expedita interna de queja para comunicarse con UnitedHealthcare para solicitar una revisión expedita externa de queja.
- Dentro de las **24 horas** de recibida su solicitud de una revisión expedita externa de queja, UnitedHealthcare enviará la solicitud correspondiente al Departamento de Salud.
- El **siguiente día hábil** de recibida una solicitud de revisión expedita externa de queja, el Departamento de Salud asignará una CRE para que revise su queja.
- UnitedHealthcare transferirá una copia del expediente del caso a la CRE asignada el **siguiente día hábil**.
- La CRE dispondrá de **2 días hábiles** para enviarle su decisión a usted, a su representante o al proveedor de atención médica de su hijo. La notificación incluirá la decisión adoptada y sus razones, y le informará que usted, su representante o el proveedor de atención médica de su hijo disponen de **60 días** desde recibida la decisión para apelar ante un tribunal de jurisdicción competente si no está satisfecho con la decisión adoptada.

Definiciones útiles

Autorización: La aprobación de un servicio.

Período del beneficio: El período de tiempo especificado durante el cual debe incurrirse en los gastos por servicios cubiertos para que sean elegibles para su pago por UnitedHealthcare. Un gasto se considera incurrido el día en que el servicio o suministro fue entregado al cliente. Los límites de los beneficios pueden calcularse en función de un año calendario o un año de póliza, es decir, el período de un año que comienza con la inscripción de su hijo en CHIP.

Beneficios: Los servicios, procedimientos y medicamentos que cubrirá UnitedHealthcare.

Año calendario: Un período de un año que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.

Administración de casos: Ayuda individual que otorga UnitedHealthcare para Suministrar educación y coordinación de beneficios adaptadas a las necesidades individuales de su hijo.

Atención concurrente: Servicios prestados en un ambiente de hospitalización por un proveedor que no está a cargo del caso pero cuyas destrezas particulares se requieren para el tratamiento de afecciones complicadas.

Procedimiento cosmético: Un procedimiento médico o quirúrgico realizado para mejorar el aspecto de cualquier parte del cuerpo y del cual no puede esperarse una mejora de una función fisiológica.

Servicio cubierto: Un servicio o suministro especificado en este manual para el cual se proveen beneficios.

Atención de custodia: Servicios para asistir a un individuo en las actividades de la vida diaria, tales como caminar, bañarse, vestirse y alimentarse. Comúnmente implica atención personal que no requiere la atención permanente de personal médico habilitado y capacitado.

Desafiliación: Detener su afiliación a CHIP de UnitedHealthcare.

Formulario de medicamentos: Una lista de los medicamentos y suministros con receta preferidos cubiertos por UnitedHealthcare. El formulario de medicamentos de UnitedHealthcare está a disposición de quien lo solicite.

Fecha de entrada en vigencia: La fecha en que comienza la cobertura de un miembro según los registros de UnitedHealthcare.

Fraude: Una afirmación o acto deshonesto, es decir, falso, engañoso o incompleto, cometido a sabiendas o de manera intencional.

Terapia de infusión domiciliaria: La administración de soluciones parenterales, entéricas e intravenosas que se suministran en el domicilio.

Definiciones útiles

Consentimiento informado: El consentimiento que usted otorga para permitir un tratamiento médico, dado con conocimiento completo de todos los hechos relevantes, incluidos los riesgos implicados y las alternativas disponibles.

Limitaciones: Las restricciones de frecuencia máxima o de edad o los topes monetarios asociados con un servicio cubierto.

Necesidad médica: Un servicio o beneficio es médicamente necesario si cumple cualquiera de las siguientes especificaciones:

- El servicio o beneficio impedirá, o puede esperarse razonablemente que impida, la aparición de una enfermedad, afección o incapacidad.
- El servicio o beneficio reducirá o mejorará, o puede razonablemente esperarse que lo haga, los efectos físicos, mentales o en el desarrollo de una enfermedad, afección, lesión o incapacidad, y
- El servicio o beneficio ayudará al miembro a lograr o mantener una capacidad funcional máxima para realizar las actividades diarias, tomando en cuenta tanto la capacidad funcional del miembro como las capacidades funcionales adecuadas para los miembros de la misma edad.

La determinación de la necesidad médica de la atención y los servicios cubiertos, ya sea mediante una autorización previa, una revisión concurrente, una revisión retrospectiva o en función de una excepción, debe constar por escrito. Esta determinación se basa en la información médica suministrada por el miembro, su familia o su cuidador y el PCP, así como por cualesquiera otros proveedores, programas u organismos que hubieran evaluado al miembro. Todas esas determinaciones serán tomadas por proveedores de atención médica calificados y capacitados. No se considera que esté suministrando un servicio de atención médica el proveedor que toma tales determinaciones de necesidad médica.

Miembro: Un niño que cumple los requisitos de elegibilidad de CHIP y está inscripto en UnitedHealthcare.

Proveedor no participante: Un proveedor de servicios cubiertos que no tiene un acuerdo contractual con UnitedHealthcare. Salvo en un caso de emergencia, puede requerirse una autorización previa de UnitedHealthcare para que un miembro reciba servicios de un proveedor no participante, independientemente del tipo de servicios de que se trate.

Cuidados paliativos: Toda forma de atención o tratamiento médico que se concentra en reducir la gravedad de los síntomas de una enfermedad, antes que procurar detener, demorar o revertir el avance de la enfermedad misma o curarla. El objetivo es prevenir y aliviar el dolor y el sufrimiento.

Hospitalización parcial: El suministro de servicios médicos, de enfermería, de asesoría o terapéuticos sobre una base planificada y regular en un hospital o en una instalación no hospitalaria registrada por el Departamento de Salud de Pennsylvania como un programa de tratamiento de salud mental o contra el abuso de alcohol o drogas, diseñado para un miembro que se beneficiaría con servicios más intensivos que los ofrecidos por un tratamiento ambulatorio pero que no requiere hospitalización.

Definiciones útiles

Proveedor participante: Un proveedor de servicios cubiertos que tiene un acuerdo contractual con UnitedHealthcare para suministrar atención o suministros a los miembros.

PCP: Médico de atención primaria.

Plan: UnitedHealthcare.

Médico de atención primaria: Un médico que supervisa, coordina y suministra a un miembro la atención inicial y los servicios médicos básicos como médico general o de familia, o en algunos casos como internista o pediatra. En ciertas circunstancias, un especialista puede actuar como el PCP de un miembro si el hijo del miembro tiene necesidades especiales significativas o determinados diagnósticos.

Proveedor: Un profesional médico tal como un médico, enfermero, consejero o terapeuta físico.

Directorio de proveedores: Una lista de los proveedores que participan en UnitedHealthcare para ayudar a satisfacer las necesidades de atención médica de los miembros.

Autorización previa: El proceso mediante el cual UnitedHealthcare aprueba los servicios antes de que el miembro reciba un servicio o tratamiento cubierto por parte de ciertos especialistas o proveedores no participantes. Cuando se requiere autorización previa, por lo general, salvo en caso de una emergencia médica u odontológica, los reclamos por estos servicios no se pagarán a menos que la autorización previa se haya obtenido antes de la fecha del servicio.

Procedimiento/cirugía reconstructivo/a: Procedimientos, incluidos procedimientos quirúrgicos realizados en una estructura del cuerpo para restaurar o establecer una función corporal satisfactoria o para corregir una deformidad significativa resultante de una enfermedad, trauma o un proceso terapéutico previo.

Remisión: Un formulario especial de autorización previa que se emplea para permitir que un miembro procure servicios de un especialista.

Atención de alivio: Cuidados paliativos suministrados fuera del hogar del miembro para proporcionar un intervalo breve de Alivio para el cuidador principal del miembro, que suele ser un familiar.

Servicios autorremitidos: Servicios no suministrados por el PCP de un miembro pero que no requieren autorización previa ni una remisión para recibirlos.

Área de cobertura: La región geográfica en la que debe vivir el miembro para poder inscribirse en CHIP de UnitedHealthcare. **Especialista:** Un médico u otro proveedor de atención médica que tiene una capacitación específica detallada en un campo médico especializado.

Definiciones útiles

Especialista: Un doctor o otro proveedor de cuidados de salud con capacitación específica y detallada en un área especializada de medicina.

Abuso de sustancias: Todo consumo de alcohol u otras drogas que produzca un patrón de uso patológico que cause un deterioro del funcionamiento social o laboral o que produzca dependencia fisiológica puesta en evidencia por la tolerancia física o la abstinencia.

Cirugía: La realización de procedimientos operativos y de corte generalmente aceptados, incluidas instrumentaciones especializadas, exámenes endoscópicos y otros procedimientos.

Enfermedad terminal: Una afección médica incurable e irreversible en un estado avanzado que, en opinión del médico, desembocará en la muerte del miembro independientemente de los tratamientos médicos suministrados.

Tratamiento: La atención que un miembro recibe de los proveedores.

AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2018.

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

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo usamos o compartimos su información

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

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

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

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

Prácticas de privacidad

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

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

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

Prácticas de privacidad

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

Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen. El documento adjunto titulado “Enmiendas estatales y federales” describe esas leyes.

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

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

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

Prácticas de privacidad

Cómo usar sus derechos

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

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

¹ Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Health Plan of Nevada, Inc.; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United Healthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

Aviso de privacidad de la información financiera

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2018.

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

Información que recopilamos

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

Divulgación de la información financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Prácticas de privacidad

Preguntas sobre este aviso

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

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

UNITEDHEALTH GROUP AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD: ENMIENDAS ESTATALES Y FEDERALES

Revisión: 1.º de enero de 2018.

La primera parte de este aviso (páginas 99 – 103) describe cómo usamos y divulgamos su información médica (“HI”) conforme a las normas de privacidad federales. Otras leyes podrían limitar estos derechos.

Los cuadros siguientes:

1. Muestran las categorías que están sujetas a leyes más estrictas.
2. Le ofrecen un resumen de cuándo podemos usar y divulgar su información médica sin su consentimiento.

Su consentimiento por escrito, si es necesario, debe cumplir con las reglas de las leyes federales o estatales que correspondan.

RESUMEN DE LAS LEYES FEDERALES

Información sobre abuso de alcohol y drogas

Podríamos usar y compartir información sobre alcohol y drogas protegida por las leyes federales únicamente (1) en casos limitados y/o compartir solamente (2) con ciertos receptores.

Información genética

No se nos permite usar la información genética para fines de aseguramiento.

RESUMEN DE LAS LEYES ESTATALES

Información de salud general

Estamos autorizados a compartir información de salud general únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AR, CA, DE, NE, NY, PR, RI, UT, VT, WA, WI
Una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) debe permitirles a los afiliados aprobar o rechazar la divulgación de información, con algunas excepciones.	KY
Usted puede limitar ciertas divulgaciones electrónicas de la información de salud.	NC, NV
No podremos utilizar su información de salud para ciertos propósitos.	CA, IA
No utilizaremos y/o revelaremos información relativa a ciertos programas de asistencia pública, excepto para ciertos propósitos.	KY, MO, NJ, SD
Debemos cumplir con las restricciones adicionales antes de usar o revelar su información de salud para ciertos propósitos.	KS

Prácticas de privacidad

Recetas	
Podremos compartir la información sobre recetas únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	ID, NH, NV
Enfermedades contagiosas	
Podremos compartir información sobre enfermedades contagiosas únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva	
Estamos autorizados a compartir información sobre las enfermedades de transmisión sexual y/o salud reproductiva únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
Abuso de alcohol y drogas	
Podremos usar y compartir información sobre el abuso de alcohol y drogas únicamente (1) en casos limitados y/o compartir solamente con (2) recipientes específicos.	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
La divulgación de la información sobre el abuso de alcohol y drogas podrá ser limitada por la persona que es sujeto de dicha información.	WA
Información genética	
No podremos divulgar información genética sin su consentimiento por escrito.	CA, CO, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
Podremos compartir la información genética únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AK, AZ, FL, GA, IA, IL, MD, MA, ME, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
Se aplican restricciones a (1) el uso, y/o (2) el mantenimiento de la información genética.	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT

Prácticas de privacidad

VIH/SIDA	
Podremos compartir la información relacionada con el VIH/SIDA (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AZ, AR, CA, CT, DE, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, ME, MI, MO, MT, NY, NC, NH, NM, NV, OR, PA, PR, RI, TX, VT, WV, WA, WI, WY
Se aplican algunos límites para la divulgación oral de información relacionada con el VIH/SIDA.	CT, FL
Recabamos cierta información sobre VIH/SIDA sólo con su consentimiento por escrito.	OR
Salud mental	
Podremos compartir información sobre salud mental únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
La divulgación de la información podrá ser limitada por la persona que es el sujeto de dicha información.	WA
Se aplican ciertas restricciones para la divulgación oral de información sobre la salud mental.	CT
Se aplican ciertas restricciones al uso de información sobre salud mental.	ME
Abuso de menores o de adultos	
Podremos usar y compartir información sobre abuso de menores y/o adultos únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AL, AR, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, NY, RI, TN, TX, UT, WI



UnitedHealthcare Community Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, creencias, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identificación de sexo, expresión sexual u orientación sexual.

UnitedHealthcare Community Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, creencias, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identificación de sexo, expresión sexual u orientación sexual.

UnitedHealthcare Community Plan proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

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

UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-414-9025**, **TTY/PA RELAY 711**.

Si considera que UnitedHealthcare Community Plan no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, las creencias, la afiliación religiosa, la ascendencia, el sexo, la identificación de sexo, la expresión sexual o la orientación sexual, puede presentar una queja con:

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84131-0364

The Bureau of Equal Opportunity
Room 223, Health and Welfare Building
P.O. Box 2675
Harrisburg, PA 17105-2675
Teléfono: **717-787-1127**, **TTY/PA Relay 711**
Fax: **717-772-4366**, o
Correo electrónico: **RA-PWBEOAO@pa.gov**

Usted puede presentar una queja en persona o por correo, fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, UnitedHealthcare Community Plan y la Oficina de Igualdad de Oportunidades están disponibles para brindarle asistencia.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



ATTENTION: If you speak English, language assistance services, services, free of charge, are available to you.

Call: **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711.**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711.**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните по телефону **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711.**

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 **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711**。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711.**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711**

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711** ।

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711** 번으로 전화해 주십시오.

សូមចាប់អារម្មណ៍ ៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺអាចមានសម្រាប់បំរើជូនអ្នក ។ ចូរទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711** ។

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711.**

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711** သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711.**

ATENÇÃO: se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos gratuitos. Ligue para **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711.**

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711** নম্বরে কল করুন।

KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime falas të ndihmës gjuhësore. Telefononi në **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711.**

सूचना: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો **1-800-414-9025, TTY/PA RELAY: 711.**

