Texas – Septiembre de 2026



Le damos la bienvenida a la comunidad

Manual para Miembros de CHIP de UnitedHealthcare Community Plan

Servicios para Miembros
1-888-887-9003, TDD/TTY: **7-1-1,** para personas sordas y con dificultades auditivas

United Healthcare®
Community Plan

CHIP | TEXAS Health and Human Services

CSTX27MD0439934_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Servicios para Miembros

1-888-887-9003, TDD/TTY: **7-1-1,** para personas sordas y con dificultades auditivas

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes **UHCCommunityPlan.com**

Qué debe hacer en caso de una emergencia

Si cree que necesita atención de emergencia, llame al **9-1-1** o diríjase al hospital o centro de emergencias más cercano. Puede llamar al **9-1-1** para obtener ayuda para llegar a la sala de emergencias del hospital. Si recibe servicios de emergencia, llame a su médico para programar una visita de seguimiento lo antes posible. Llámenos e infórmenos sobre la atención de emergencia que recibió. Una emergencia es una situación en la que usted cree que tiene una afección médica grave o que correrá riesgo su vida, su integridad física o su vista si no recibe atención médica de inmediato.

Qué hacer ante una emergencia de salud conductual

Debe llamar al **9-1-1** si tiene una emergencia de salud conductual que pone en riesgo su vida. También puede ir a un centro para casos de crisis o a la sala de emergencias más cercana. Deberá llamar a Optum Behavioral Health al **1-888-887-9003** lo antes posible.

En caso de una emergencia, llame al 9-1-1

Si cree que no es una emergencia, pero necesita ayuda, llame a NurseLine al 1-800-850-1267.

Llámenos si tiene preguntas acerca de su plan de salud. Nuestro número gratuito de Servicios para Miembros es el **1-888-887-9003,** TDD/TTY: **7-1-1,** para personas sordas y con dificultades auditivas. Cuando llame, habrá personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés.

Si necesita acceso a apoyo gratuito y confidencial para cualquier persona que experimente angustia relacionada con la salud conductual, ya sean pensamientos suicidas, crisis de salud mental o de sustancias, o cualquier otro tipo de angustia emocional, llame al **9-8-8.**

Este Manual para Miembros está disponible en audio, braille, letra grande y en otros idiomas si lo solicita. Llame al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

© 2026 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Números de teléfono gratuitos

Servicios para Miembros (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.) **1-888-887-9003**
excepto los días festivos aprobados por el estado (consulte la página 6)
TDD/TTY (para personas sordas y con dificultades auditivas) **7-1-1**
- Fuera del horario regular, comuníquese con la línea NurseLine
- Información en inglés y español
- Se encuentran disponibles servicios de intérprete
- Cómo acceder a los servicios cubiertos

Servicios de salud conductual y por abuso de sustancias
Optum Behavioral Health **1-888-887-9003**
- Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
- Se encuentran disponibles servicios de intérprete
- Autorizaciones, referidos y verificación de beneficios
- Información en inglés y español

NurseLine en todo momento
Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana **1-800-850-1267**
- Se habla español
- Se encuentran disponibles servicios de intérprete

En caso de crisis o si tiene problemas con la línea telefónica, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Atención dental
DentaQuest **1-800-508-6775**
MCNA Dental **1-855-691-6262**
UnitedHealthcare Dental **1-877-901-7321**

Línea de Ayuda del Programa CHIP de Texas **1-800-964-2777**

Para citas de atención oftalmológica, llame a Servicios para Miembros al . . . **1-888-887-9003**

Para servicios de audición, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas **1-877-541-7905**

Beneficios de farmacia **1-888-887-9003**

Equipo del Defensor del Pueblo del Estado para la Atención Administrada . **1-866-566-8989**

Aspectos destacados del plan de salud

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan como plan de salud para usted o su hijo. UnitedHealthcare Community Plan, nombre comercial de United Healthcare Insurance Company, una Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO), se compromete a ayudarlo a obtener la atención de la salud que usted o su hijo necesiten.

En UnitedHealthcare Community Plan, nuestro objetivo es ayudar a todos nuestros miembros a llevar una vida más saludable. Usted o su hijo tendrán su propio médico, llamado Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP), quien conocerá el historial médico y se esforzará por ayudarlo a mantenerse sano. El PCP de usted o su hijo sabe que administrar la atención de la salud es importante. Los exámenes regulares que el PCP les realicen a usted o a su hijo pueden ayudar a detectar problemas de forma temprana. El PCP desea brindar ayuda antes de que los problemas se agraven y les dará un referido para consultar a especialistas cuando usted o su hijo lo necesiten. UnitedHealthcare Community Plan dispone de una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica con los que puede contar. Muchos de ellos se encuentran cerca de su hogar. Contribuiremos a que usted o su hijo se mantengan saludables y reciban una atención de la salud adecuada cuando no estén bien. UnitedHealthcare Community Plan trabajará arduamente para garantizar que obtenga acceso a la atención que su hijo necesita.

Guía para una buena salud

Lea este Manual para Miembros. Aquí encontrará información sobre los beneficios de usted o su hijo y ayuda para usar su plan de salud de forma correcta. Si usted considera que necesita este manual en braille, letra grande, otro idioma o en audio, llámenos al **1-888-887-9003.** El Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan siempre está listo para ayudarlo.

Observe la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan de su hijo. Asegúrese de que toda la información sea correcta. Queremos que usar el plan de salud de usted o de su hijo le resulte fácil. Podemos responder a cualquier pregunta que tenga sobre cómo empezar. Si tiene preguntas, llámenos. El número de llamada gratuita del Servicios para Miembros es **1-888-887-9003.** Estamos aquí para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La cobertura fuera del horario regular y durante los fines de semana se encuentra disponible a través de un sistema telefónico automático.

Nota: Se aplican referencias a "usted", "mi" o "yo" si usted es miembro de CHIP. Se aplican referencias a "mi hijo" si su hijo es miembro de CHIP. Los números de teléfono que se enumeran en este manual son de llamada gratuita.

Qué esperar de UnitedHealthcare Community Plan a continuación

Nos comunicaremos con usted poco después de que se inscriba en UnitedHealthcare Community Plan para darle la bienvenida y responder cualquier pregunta que pueda tener. Si aún no recibió nuestra llamada o si tiene preguntas ahora, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003,** TDD/TTY **7-1-1.**

¿Cuándo comienza mi cobertura?

La fecha de entrada en vigencia de la cobertura está impresa en el frente de la tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Deseo cambiar de plan de salud

Para cambiar de plan de salud, puede llamar a la Línea de Ayuda del Programa CHIP de Texas al **1-800-964-2777.**

Cambie de PCP en cualquier momento

Es importante que tenga un PCP que le agrade y en quien confíe. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para ello, solo tiene que llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o TDD/TTY: **7-1-1,** para personas sordas y con dificultades auditivas. Si lo desea, podemos recomendarle a alguien.

Información del plan de salud al alcance de su mano

Hacemos que obtener la información que desea y necesita sea fácil para usted.

Regístrese en myuhc.com/CommunityPlan. Este es su sitio web seguro para miembros. Consulte los beneficios cubiertos, busque proveedores, vea el manual para miembros y más.

Descargue la aplicación móvil de UnitedHealthcare®. Está hecha para personas con vidas ocupadas y tiene muchas de las mismas herramientas que el sitio web para miembros. Búscala en App Store o Google Play.

Visita nuestra página UHC Health Matters en **https://www.uhc.com/news-articles/community**. Encontrarás noticias y artículos sobre cómo UnitedHealthcare apoya a las comunidades.

Sus proveedores de salud

Nombre de mi proveedor de atención primaria: _____

Número de teléfono de mi proveedor de atención primaria: _____

Nombre de otro médico: _____

Número de teléfono del otro médico:_____

Farmacia:_____ Teléfono:_____

Servicios de idiomas e intérpretes

UnitedHealthcare Community Plan cuenta con personal que habla inglés y español. Si habla otro idioma, es sordo o tiene problemas de audición y necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o al TDD/TTY: **7-1-1** en el caso de las personas sordas y con dificultades auditivas.

Ubicación de nuestras oficinas

UnitedHealthcare Community Plan

Oficina del área de prestación de servicios regionales
2950 North Loop W, Suite 200
Houston, TX 77092-8843

Teléfono: **1-888-887-9003** (número gratuito)
o visite nuestro sitio web en: **UHCCommunityPlan.com**

¿Qué es Servicios para miembros?

UnitedHealthcare Community Plan dispone de un Servicios para Miembros que puede responder preguntas y brindarle información en inglés y en español sobre lo siguiente:

- Membresía
- Cómo elegir un PCP
- Especialistas, hospitales y otros proveedores
- Servicios cubiertos
- Beneficios adicionales
- Cómo cambiar de PCP
- Cómo presentar una queja
- Conseguir un intérprete
- Encontrar recursos que le ayuden a conseguir ropa, alimentos, refugios, educación, vivienda, empleo y servicios públicos
- Cualquier otro aspecto sobre el cual podría tener una pregunta

Servicios para Miembros
1-888-887-9003
(TDD/TTY: **7-1-1**)

Nuestra oficina está cerrada en estos feriados importantes:

- Día de Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos (Memorial Day)
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después de Acción de Gracias
- Navidad

Índice

Aspectos destacados del plan de salud **3**

Guía para una buena salud 3

Qué esperar de UnitedHealthcare Community Plan a continuación. 4

Sus proveedores de salud 5

Servicios de idiomas e intérpretes. 5

Ubicación de nuestras oficinas 6

¿Qué es Servicios para miembros? 6

Tarjetas de identificación (ID) de miembros. 13

Cómo usar la tarjeta de identificación de usted o de su hijo 14

Cómo reemplazar la tarjeta de usted o de su hijo si se pierde 14

Visitas al médico **15**

¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)? 15

¿Cómo elijo un PCP?. 16

¿Qué necesito llevar a la cita con mi médico o el médico de mi hijo?. 16

¿Puede una clínica ser mi PCP o el PCP de mi hijo? 16

¿Cómo puedo cambiar mi PCP o el PCP de mi hijo?. 17

¿Cuántas veces puedo cambiar mi PCP o el PCP de mi hijo? 17

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de PCP? 17

Motivos por los que debería cambiar su PCP o el PCP de su hijo: 17

¿Hay algún motivo por el cual se pueda rechazar una solicitud de cambio de Proveedor de Atención Primaria? 17

¿Puede un PCP pedirme que busque otro PCP para mí o mi hijo por incumplimiento?. 17

¿Qué sucede si voy a un médico que no es mi Proveedor de Atención Primaria o el Proveedor de Atención Primaria de mi hijo? 18

¿Cómo recibo atención fuera del horario regular? ¿Qué sucede si el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo están cerrados? 18

¿Qué sucede si mi médico abandona la red de UnitedHealthcare Community Plan? 18

Planes de incentivos para médicos 19

¿Cómo programo una cita? 19

¿Qué debo llevar a mi cita? 19

¿Cómo obtengo atención de la salud cuando el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo está cerrado? 19

Cambio de planes de salud 20

¿Qué sucede si deseo cambiar de plan de salud? 20

¿Con quién debo comunicarme? 20

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud? 20

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de plan de salud? 20

¿Puede UnitedHealthcare Community Plan pedir que me den de baja de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)? 21

Inscripción simultánea para ciertos recién nacidos 21

Beneficios y servicios **22**

Beneficios para miembros de CHIP 22

¿Cuáles son los beneficios de CHIP para mí o mi hijo? 22

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo? 37

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos? 37

¿Cuánto debo pagar por los servicios de salud? 37

¿Qué son los copagos? 38

¿Cuánto cuestan y cuándo tengo que pagarlos? 38

¿Qué sucede si recibo una factura del médico de mi hijo? ¿Qué información necesitarán? ¿Con quién debo comunicarme? 41

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta? 41

¿Qué servicios no están cubiertos? 42

Suministros cubiertos y excluidos de CHIP 44

¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro de UnitedHealthcare Community Plan? 53

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan? 57

Clases de educación sobre la salud y otros recursos para miembros de CHIP 57

Intervención para la niñez temprana (ECI) 57

Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children, WIC) 59

Atención de la salud y otros servicios para miembros de CHIP 60

¿Qué significa “médicamente necesario”? 60

¿Qué es la atención médica de rutina y cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo? 61

¿Qué es la atención médica de urgencia y cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo? 61

¿Qué es una emergencia, una afección médica de emergencia y una afección de salud conductual de emergencia? 62

¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia? 62

¿Cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo en una emergencia? 62

¿Los servicios de emergencia dental están cubiertos? 63

¿Qué hago si necesito o mi hijo necesita atención dental de emergencia? 63

¿Qué es la atención posterior a la estabilización? 63

¿Cómo obtengo atención de la salud cuando el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo está cerrado? 63

¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?
¿Qué sucede si mi hijo se enferma cuando está fuera de la ciudad o de viaje?
¿Qué sucede si estoy fuera del estado? 64

¿Qué sucede si estoy, o mi hijo está, fuera del país? 64

¿Qué sucede si necesito, o mi hijo necesita, ver a un médico especializado (especialista)? 64

¿Qué es un referido? 64

¿Qué servicios no necesitan un referido? 65

¿Cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo? 65

Autorización previa 65

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión? 66

¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo, o mi hijo tiene, problemas de salud conductual (mental) o problemas con el alcohol o las drogas? ¿Necesito un referido para esto? 66

¿A quién llamo si tengo, o mi hijo tiene, necesidades especiales de atención de la salud y necesito que alguien me brinde asistencia? 67

¿Cuáles son los beneficios de medicamentos con receta para mí o mi hijo? ¿Cómo obtengo mis medicamentos o los medicamentos de mi hijo? 67

¿Cómo encuentro una farmacia de la red? 67

¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la red? 67

¿Qué debo llevar a la farmacia? 67

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos o los medicamentos de mi hijo? 68

¿Qué sucede si necesito, o mi hijo necesita, un medicamento de venta libre? 68

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos con receta o los de mi hijo? 68

¿Qué sucede si no me aprueban el medicamento que mi médico o el médico de mi hijo indicaron? 68

¿Qué sucede si pierdo mi medicamento o el medicamento de mi hijo? 68

¿Qué sucede si necesito, o mi hija necesita, píldoras anticonceptivas? 68

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica? ¿Cómo puedo obtener servicios de atención oftalmológica para mi hijo? 69

¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo? 69

¿Puede alguien brindarme servicios de interpretación cuando hablo con mi médico o el médico de mi hijo? ¿Con quién me comunico para solicitar un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo llamar? 70

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor? 70

Planificación familiar **71**

¿Qué sucede si necesito, o mi hija necesita, atención de un obstetra o ginecólogo? 71

¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo? 71

¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo? 71

Si no elijo un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo? 71

¿Necesitaré un referido para obtener los servicios de un obstetra o ginecólogo? . . . 72

¿Cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hija después de contactar a un obstetra o ginecólogo para una cita? 72

¿Puedo conservar o puede mi hija conservar un obstetra o ginecólogo, aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan? 72

¿Qué sucede si estoy embarazada? ¿Qué sucede si mi hija está embarazada? ¿A quién debo llamar? 72

¿Qué debo hacer si me mudo? 73

Otros detalles del plan **74**

Derechos y responsabilidades de los miembros de CHIP 74

Derechos de los miembros 74

Responsabilidades de los miembros 76

Pérdida de elegibilidad 77

Autoridades locales de salud mental 77

Centro de Atención Médica con Certificación Federal 77

Programa de Mujeres Saludables de Texas 78

Quejas y apelaciones 79

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿Con quién debo comunicarme? 79

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una queja? 79

¿Cuánto tiempo tardará procesar mi queja? 79

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja? 79

¿Tengo derecho a reunirme con un Panel de apelaciones de quejas? 80

¿Qué es una revisión especializada? 80

¿A qué dirección postal puedo enviar una queja? 80

¿Qué puedo hacer si el médico de mi hijo solicita un servicio para este que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o limita? 81

¿Cómo puedo saber si los servicios se denegaron? 81

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación? 81

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación? 81

¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito? 81

No se permiten las represalias 82

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a presentar una apelación? 82

¿Qué es una apelación acelerada? 82

¿Cómo solicito una apelación acelerada? 82

¿Tengo que presentar mi solicitud de apelación acelerada por escrito? 82

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada? 82

¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza la solicitud de apelación acelerada? 83

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación o una apelación acelerada? 83

¿Qué es una Organización de Revisión Independiente (IRO)? 83

¿Cómo solicito una IRO? 83

¿Cuáles son los plazos para este proceso? 83

Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información 84

¿Desea denunciar un malgasto, abuso o fraude en el programa CHIP? 85

Glosario de terminología de atención administrada 88

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad 91

Tarjetas de identificación (ID) de miembros

Cada persona que se convierte en miembro de UnitedHealthcare Community Plan recibe una tarjeta de identificación. La tarjeta de identificación les brinda al médico y al personal del consultorio información importante sobre usted o su hijo. Usted o su hijo obtendrá una nueva tarjeta de identificación si cambia de médico de atención primaria (PCP) o alcanza los límites de copago familiar.

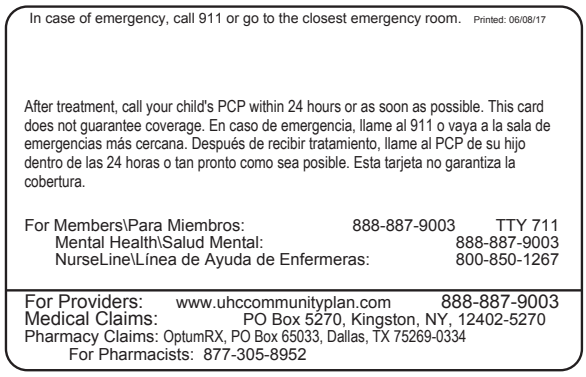
Verifique su tarjeta o la tarjeta de su hijo para asegurarse de que la información sea correcta. Si recibe una tarjeta de identificación que no tiene el nombre del PCP, pero dice que llame al **1-888-887-9003,** llame a Servicios para Miembros para elegir un PCP. Entregue al médico su tarjeta de identificación o la de su hijo para verificar la cobertura al obtener servicios. La tarjeta de identificación no es una garantía de beneficios ni de cobertura.

Cómo leer su tarjeta de identificación o la tarjeta de identificación de su hijo de UnitedHealthcare Community Plan

La tarjeta de identificación de su hijo dirá CHIP y tendrá el logotipo de UnitedHealthcare Community Plan. Esto le informará al proveedor de atención médica que su hijo es miembro de UnitedHealthcare Community Plan. En la tarjeta, figurará su nombre, su número de identificación y la fecha en que se inscribió en el programa UnitedHealthcare Community Plan. También figurará su número de grupo.

Tarjeta de identificación de CHIP


UnitedHealthcare Community Plan
TEXAS Health and Human Services | CHIP
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04
Member ID/ID del Miembro: 999994163 Group/grupo: TXCHIP
Member/Miembro:
NEW A ENGLISH
Payer ID/ID del Pagador : 87726
PCP Name/Nombre del PCP:
DOUGLAS GETWELL
PCP Phone/Teléfono del PCP:
(281)357-5678
Effective Date/
Fecha de vigencia
02/01/2011
Office/Preventive/ER/Inpatient/RxGen/RxBrand
$3/$0/$3/$15/$0/$3
OPTUMRx
Rx Bin: 610494
Rx GRP: ACUTX
Rx PCN: 9999
0709 Administered by UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC


In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 06/08/17
After treatment, call your child's PCP within 24 hours or as soon as possible. This card does not guarantee coverage. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de las 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta no garantiza la cobertura.
For Members\Para Miembros: 888-887-9003 TTY 711
Mental Health\Salud Mental: 888-887-9003
NurseLine\Línea de Ayuda de Enfermeras: 800-850-1267
For Providers: www.uhccommunityplan.com 888-887-9003
Medical Claims: PO Box 5270, Kingston, NY, 12402-5270
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334
For Pharmacists: 877-305-8952

Cómo usar la tarjeta de identificación de usted o de su hijo

Entregue al médico su tarjeta de identificación o la de su hijo para verificar la cobertura al obtener servicios. La tarjeta de identificación no es una garantía de beneficios ni de cobertura.

La tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan de usted o de su hijo está en inglés y español, y contiene la siguiente información:

- Nombre del miembro
- Número de identificación del miembro
- Nombre y número de teléfono del médico
- Número gratuito de Servicio para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan (**1-888-887-9003,** para personas sordas y con dificultades auditivas TDD/TTY: **7-1-1**)
- Número gratuito las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para acceder a los Servicios de Salud Conductual (**1-888-887-9003**)
- Instrucciones sobre qué hacer en caso de emergencia

Cómo reemplazar la tarjeta de usted o de su hijo si se pierde

Si pierde la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan de su hijo, puede imprimirla desde la cuenta de miembro en línea de UHC de su hijo o llamar a Servicios para Miembros de inmediato al **1-888-887-9003** y le enviarán una tarjeta nueva. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.**

Recuerde llevar con usted su tarjeta de identificación o la de su hijo y presentarla siempre que obtenga servicios. Su proveedor o el proveedor de su hijo necesitará la información que se incluye en la tarjeta para saber qué cobertura tiene.

Visitas al médico

Nota: Se aplican referencias a “usted”, “mi” o “yo” si usted es miembro de CHIP. Se aplican referencias a “mi hijo” si su hijo es miembro de CHIP.

¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?

La tarea del PCP es cuidar de usted o de su hijo. Los exámenes regulares con el PCP son importantes y pueden ayudar a que usted o su hijo estén saludables. Su PCP o el PCP de su hijo realizarán pruebas de salud regulares que pueden hallar problemas. El hecho de detectar y tratar los problemas de forma temprana puede evitar que se agraven en el futuro. El PCP será el médico personal de usted o de su hijo. El PCP cuidará de usted o de su hijo y les dará un referido para obtener los servicios de un especialista cuando sea necesario. Debe hablar con el PCP sobre todas las necesidades de atención de la salud que usted o su hijo tengan.

Si quiere visitar a otro médico, siempre hable primero con su PCP o el PCP de su hijo, ya que le dará un formulario de referido si necesita uno.

La relación con su PCP o el PCP de su hijo es importante. Conózcalo lo antes posible. Es importante que siga los consejos del proveedor.

Una buena forma de entablar una relación con su PCP o el PCP de su hijo es llamar y programar una visita de bienestar para niños o un examen regular. De esta forma, podrá conocerlo. El PCP conocerá el historial médico de usted o de su hijo, los medicamentos que toma y cualquier otro problema de salud.

En casos especiales, su PCP o el PCP de su hijo puede ser un especialista. Usted, el PCP, el especialista y UnitedHealthcare Community Plan tomarán esta decisión. Para obtener información, llame a Servicios para Miembros.

Recuerde que su PCP o el PCP de su hijo es la primera persona a quien debe llamar si tiene preguntas o problemas de salud.

Visitas al médico

¿Cómo elijo un PCP?

Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda con respecto a cómo elegir un PCP. Todos los miembros de UnitedHealthcare Community Plan deben elegir un PCP. También puede pedir un Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003,** o puede consultar en línea en **UHCCommunityPlan.com**.

Si usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan cuando tiene a su bebé, el bebé será inscrito en UnitedHealthcare Community Plan a partir de su fecha de nacimiento. UnitedHealthcare Community Plan obtendrá información del hospital para agregar a su bebé como nuevo miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Sin embargo, es **importante** que **usted** también se comunique con el Programa CHIP de Texas para informar el nacimiento de su bebé, de modo que este pueda obtener toda la atención de la salud que necesite.

Tan pronto como UnitedHealthcare Community Plan sepa que está embarazada, le enviaremos información sobre el embarazo y el bebé en gestación. UnitedHealthcare Community Plan le pedirá que elija un médico para su bebé, incluso antes de que nazca. De ese modo, el médico de su bebé podrá controlar al bebé mientras esté en el hospital y atender sus necesidades de atención de la salud después de que usted y el bebé reciban el alta hospitalaria.

Luego de que el bebé nazca, se le informará a UnitedHealthcare Community Plan sobre dicho nacimiento y la información de su bebé se ingresará en nuestro sistema.

Si no seleccionó un médico para el bebé antes del nacimiento, se comunicarán con usted para que seleccione uno. Después de que el bebé tenga 30 días, también puede cambiar el médico que lo atiende si desea un médico diferente al que eligió originalmente.

¿Qué necesito llevar a la cita con mi médico o el médico de mi hijo?

Cuando reciba servicios de atención de la salud, debe llevar su tarjeta o la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan de su hijo. Deberá mostrar la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan cada vez que usted o su hijo necesite recibir servicios. Si usted o su hijo tiene un médico nuevo, lleve los registros importantes que pueda tener, como los registros de vacunación que correspondan.

¿Puede una clínica ser mi PCP o el PCP de mi hijo?

El PCP de usted o de su hijo puede ser un médico, una clínica, un Centro de Salud Rural (Rural Health Center, RHC) o un Centro de Salud con Certificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC). Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003.**

¿Cómo puedo cambiar mi PCP o el PCP de mi hijo?

Lo ideal es mantener el mismo PCP. El PCP de usted o de su hijo los conoce, tiene los registros médicos y sabe qué medicamentos toman. Es la persona más indicada para garantizar que usted o su hijo reciban una buena atención médica. Si decide cambiar su PCP o el PCP de su hijo, llame a Servicios para Miembros.

¿Tiene preguntas sobre cómo consultar a un proveedor?

Llame en forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003.**

¿Cuántas veces puedo cambiar mi PCP o el PCP de mi hijo?

No hay límite para la cantidad de veces que puede cambiar su Proveedor de Atención Primaria o el de su hijo. Puede cambiar de Proveedor de Atención Primaria llamándonos al número gratuito **1-888-887-9003** o enviando un correo a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
2950 North Loop W, Suite 200
Houston, TX 77092-8843

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de PCP?

El cambio de PCP entrará en vigencia el día posterior a la realización del cambio.

Motivos por los que debería cambiar su PCP o el PCP de su hijo:

- Se mudó y necesita un PCP más cerca de su hogar
- No está conforme con su PCP o el PCP de su hijo

¿Hay algún motivo por el cual se pueda rechazar una solicitud de cambio de Proveedor de Atención Primaria?

- Solicitó un PCP que no forma parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan
- Solicitó un PCP que no acepta pacientes nuevos porque ya atiende a demasiados pacientes

¿Puede un PCP pedirme que busque otro PCP para mí o mi hijo por incumplimiento?

Sí, si el PCP considera que usted no está siguiendo su consejo médico o si usted o su hijo faltan a muchas citas, el médico puede pedirles que consulten a otro médico. El PCP le enviará una carta para informarle que debe encontrar otro médico. Si esto sucede, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003.** Lo ayudaremos a encontrar otro médico.

¿Qué sucede si voy a un médico que no es mi Proveedor de Atención Primaria o el Proveedor de Atención Primaria de mi hijo?

Si acude a otro médico que no sea su PCP o el PCP de su hijo sin un referido de este o sin obtener autorización de UnitedHealthcare Community Plan, es posible que reciba una factura y que tenga que pagar los servicios.

El PCP es la persona más indicada para garantizar que usted o su hijo reciba una buena atención médica.

¿Cómo recibo atención fuera del horario regular? ¿Qué sucede si el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo están cerrados?

Lo ideal es llamar al PCP tan pronto como usted o su hijo se enfermen. No espere hasta la noche o el fin de semana para llamar al PCP si puede obtener ayuda durante el día. Su enfermedad o la enfermedad de su hijo podría empeorar en el transcurso del día. Si usted o su hijo se enferman durante la noche o el fin de semana, llame al PCP al número de teléfono que aparece en el frente de la tarjeta de identificación.

Si no puede comunicarse con su médico o el médico de su hijo, o desea hablar con alguien mientras espera que el médico le devuelva la llamada, llame a la línea NurseLine al 1-800-850-1267. Nuestro personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarlo. Si cree que tiene una emergencia real, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué sucede si mi médico abandona la red de UnitedHealthcare Community Plan?

Si su médico o el médico de su hijo abandona la red de UnitedHealthcare Community Plan mientras lo está tratando por una enfermedad, UnitedHealthcare Community Plan trabajará con el médico para que los siga atendiendo a usted o a su hijo hasta que se le pueda asignar otro médico de la red. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda para elegir un nuevo médico que esté cerca.

Planes de incentivos para médicos

UnitedHealthcare Community Plan no puede realizar pagos en virtud de un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para lograr que los proveedores reduzcan o limiten los servicios cubiertos médicamente necesarios para los miembros. Tiene derecho a saber si su Proveedor de Atención Primaria (médico principal) o el de su hijo forma parte de este plan de incentivos para médicos. También tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al **1-888-887-9003** para obtener más información al respecto.

¿Cómo programo una cita?

Llame al PCP cuando usted o su hijo necesiten atención médica. El PCP hará los arreglos necesarios para satisfacer sus necesidades de atención o las de su hijo. El nombre y el número de teléfono de su PCP o el PCP de su hijo están en la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan.

Al programar citas, mientras más enfermo se encuentre su hijo, más pronto necesitará visitar a un médico.

¿Qué debo llevar a mi cita?

Cuando vaya a su cita, lleve siempre su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, una lista con los problemas que tenga y una lista de todos los medicamentos con receta o medicamentos a base de hierbas que esté tomando.

¿Cómo obtengo atención de la salud cuando el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo está cerrado?

Lo ideal es llamar al PCP tan pronto como usted o su hijo necesiten recibir atención de la salud. No espere hasta la noche o el fin de semana para llamar al PCP si puede obtener ayuda durante el día. Su enfermedad o la enfermedad de su hijo podría empeorar durante el transcurso del día. Si usted o su hijo se enferman durante la noche o el fin de semana y no puede esperar para obtener ayuda, llame al PCP al número de teléfono que se aparece en el frente de la tarjeta de identificación.

Si no puede comunicarse con su médico o el médico de su hijo, o desea hablar con alguien mientras espera que el médico le devuelva la llamada, llame a NurseLine, la línea de ayuda de enfermería de UnitedHealthcare Community Plan, al **1-800-850-1267,** TTY: **711.** Nuestro personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarlo. Si cree que tiene una emergencia real, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Cambio de planes de salud

¿Qué sucede si deseo cambiar de plan de salud?

Para cambiar de plan de salud, puede llamar a la Línea de Ayuda del Programa CHIP de Texas al **1-800-964-2777.**

Se le permite realizar cambios en el plan de salud:

- Por cualquier motivo dentro de los 90 días de la inscripción en el programa CHIP;
- Por una causa justa en cualquier momento;
- Si se muda a un área de prestación de servicios diferente; y
- Durante su período anual de reinscripción en el programa CHIP.

¿Con quién debo comunicarme?

Para obtener más información, llame a la Línea de Ayuda del Programa CHIP de Texas al número gratuito **1-800-964-2777.**

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud por una causa justa en cualquier momento. Puede cambiar de plan de salud por cualquier motivo durante los primeros 90 días de su inscripción en el programa CHIP y cuando se reinscribe en dicho programa.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de plan de salud?

Si llama para cambiar su plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio tendrá lugar el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio tendrá lugar el primer día del segundo mes después de ese día. Por ejemplo:

- Si llama el 15 de abril o antes, su cambio tendrá lugar el 1.o de mayo
- Si llama después del 15 de abril, su cambio tendrá lugar el 1.o de junio

¿Puede UnitedHealthcare Community Plan pedir que me den de baja de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Sí. UnitedHealthcare Community Plan puede solicitar que se dé de baja del plan a un miembro por una "causa justa". Las "causas justas" pueden ser, entre otras, las siguientes:

- Fraude o abuso por parte de un miembro
- Amenazas o actos físicos que provoquen daños al personal o a los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan
- Robo
- Negarse a cumplir con las políticas y los procedimientos de UnitedHealthcare Community Plan, como los siguientes:
  - Permitir que alguien use su tarjeta de identificación;
  - Faltar a las visitas en reiteradas ocasiones;
  - Ser grosero o actuar en contra de un proveedor o un miembro del personal; o
  - Usar un médico que no sea proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

UnitedHealthcare Community Plan no le pedirá que abandone el programa sin antes intentar resolver el problema con usted. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.** La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas decidirá si se le puede indicar a un miembro que abandone el programa.

Inscripción simultánea para ciertos recién nacidos

Su bebé continuará recibiendo cobertura a través del programa CHIP como CHIP Perinate Newborn si los ingresos de su familia están por encima del 185% del nivel de pobreza federal hasta el 200% de dicho nivel. Su bebé recibirá 12 meses de cobertura continua de CHIP Perinatal a través de su plan de salud, a partir del mes en que se lo inscriba como bebé nonato. Consulte el manual del programa perinatal de CHIP para conocer los servicios específicos que cubre el programa.

Para obtener más información o si tiene preguntas, llame a la Línea de Ayuda del Programa CHIP de Texas al **1-800-964-2777.**

Beneficios y servicios

Beneficios para miembros de CHIP

Nota: Se aplican referencias a “usted”, “mi” o “yo” si usted es miembro de CHIP. Se aplican referencias a “mi hijo” si su hijo es miembro de CHIP.

¿Cuáles son los beneficios de CHIP para mí o mi hijo?

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios hospitalarios generales para pacientes agudos y de rehabilitación para pacientes hospitalizados	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de proveedores o médicos provistos en un hospital • Habitación semiprivada y comida (o privada si es médicamente necesario según lo certifique el médico tratante) • Atención de enfermería general • Servicios de enfermero particular especial cuando sea médicamente necesario • Unidad de cuidados intensivos (ICU) y servicios • Comidas y dietas especiales para los pacientes • Salas de operación, recuperación y de otros tratamientos • Anestesia y administración (componente técnico del centro) • Apósitos quirúrgicos, bandejas, yesos, férulas • Fármacos, medicamentos y productos biológicos • Sangre o productos sanguíneos que no son provistos sin cargo para el paciente y su administración • Radiografías, pruebas por imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico del centro) (continúa en la página siguiente)

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios hospitalarios generales para pacientes agudos y de rehabilitación para pacientes hospitalizados (continuación)	• Pruebas de diagnóstico con máquinas (electroencefalogramas, electrocardiogramas, etc.) • Servicios de oxígeno y terapia de inhalación • Radioterapia y quimioterapia • Servicios médicos y del centro, dentro o fuera de la red, para una madre y su recién nacido durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones • Servicios de médicos, del hospital y servicios médicos relacionados, como la anestesia, asociados con la atención odontológica • Servicios para pacientes hospitalizados asociados con (a) un aborto espontáneo (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios para pacientes hospitalizados asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: – Procedimientos de dilatación y legrado; – Medicamentos adecuados administrados por el proveedor; – Ecografías; y – Exámenes histológicos de muestras de tejido. • Implantes quirúrgicos • Otros dispositivos artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos • Los servicios para pacientes hospitalizados para mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: – Todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; – Prótesis mamaria externa para mamas en las que se hayan realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios; – Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; y (continúa en la página siguiente)

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios hospitalarios generales para pacientes agudos y de rehabilitación para pacientes hospitalizados (continuación)	– Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Los dispositivos de implantación están cubiertos según los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y no se contabilizan para el límite de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) por período de 12 meses • Servicios prequirúrgicos o servicios de ortodoncia posteriores a la cirugía para tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren de la intervención quirúrgica y se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto o determinado claramente para tratar: – El labio leporino o paladar hendido; o – Desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas o congénitas graves; o – Asimetría facial grave secundaria de los defectos esqueléticos, las afecciones de síndrome congénito o el crecimiento de tumores o su tratamiento.
Centros de enfermería especializada (incluye hospitales de rehabilitación)	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada y comida • Servicios regulares de enfermería • Servicios de rehabilitación • Suministros médicos y uso de aparatos y equipos suministrados por el centro

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Hospital con atención para pacientes ambulatorios, hospital con servicios integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios, clínica (incluido un centro de salud) y centro de atención de la salud ambulatoria	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios provistos en una clínica de atención hospitalaria o sala de emergencia, una clínica o centro de salud, el departamento de servicios de emergencia de un hospital o un centro de atención de la salud ambulatoria: • Radiografías, pruebas por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico) • Pruebas de diagnóstico con máquinas • Servicios de centro quirúrgico ambulatorio • Fármacos, medicamentos y productos biológicos • Yesos, férulas, apósitos • Servicios de salud preventiva • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Diálisis renal • Servicios respiratorios – Radioterapia y quimioterapia • Sangre o productos sanguíneos que no son provistos sin cargo para el paciente y la administración de estos productos • Servicios para pacientes ambulatorios asociados con (a) un aborto espontáneo (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios para pacientes ambulatorios asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: – Procedimientos de dilatación y legrado; – Medicamentos adecuados administrados por el proveedor; – Ecografías; y – Exámenes histológicos de muestras de tejido. (continúa en la página siguiente)

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Hospital con atención para pacientes ambulatorios, hospital con servicios integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios, clínica (incluido un centro de salud) y centro de atención de la salud ambulatoria (continuación)	• Servicios del centro de salud y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención odontológica, cuando se brindan en un centro quirúrgico ambulatorio autorizado • Implantes quirúrgicos • Otros dispositivos artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos • Los servicios para pacientes ambulatorios provistos en un hospital para pacientes ambulatorios y centro de atención de la salud ambulatoria para una mastectomía y reconstrucción mamaria, según sean clínicamente adecuados, incluyen: – Todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; – Prótesis mamaria externa para mamas en las que se hayan realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios; – Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; y – Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Los dispositivos de implantación están cubiertos según los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y no se contabilizan para el límite de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) por período de 12 meses • Servicios prequirúrgicos o servicios de ortodoncia posteriores a la cirugía para tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren de la intervención quirúrgica y se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto o determinado claramente para tratar: – El labio leporino o paladar hendido; o – Desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas o congénitas graves; o – Asimetría facial grave secundaria de los defectos esqueléticos, las afecciones de síndrome congénito o el crecimiento de tumores o su tratamiento.

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios profesionales brindados por médicos/ ayudantes médicos	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • La Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics) recomendó exámenes para el bienestar de los niños y servicios de salud preventiva (incluidos, entre otros, las pruebas de la visión y la audición, y las vacunas) • Visitas al consultorio médico, servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios • Análisis de laboratorio, radiografías, pruebas por imágenes y servicios de patología, incluido el componente técnico o la interpretación de un profesional • Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico • Pruebas de alergia, suero e inyecciones • Componente profesional (pacientes ambulatorios y hospitalizados) de servicios quirúrgicos, incluidos: – Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención de seguimiento adecuada – Administración de anestesia por parte del médico (que no sea el cirujano) o enfermero anestesista registrado (certified registered nurse anesthetist, CRNA) – Opiniones quirúrgicas de otros médicos – Cirugía en el mismo día realizada en un hospital, sin estadía nocturna – Procedimientos de diagnóstico invasivos, como los exámenes endoscópicos • Servicios de médicos en un centro hospitalario (incluidos los componentes técnicos y de interpretación realizados por un médico) (continúa en la página siguiente)

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios profesionales brindados por médicos/ ayudantes médicos (continuación)	• Los servicios de médicos y profesionales para mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: – Todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; – Prótesis mamaria externa para mamas en las que se hayan realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios; – Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; y – Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Servicios de médicos, dentro y fuera de la red, para una madre y su recién nacido durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones • Servicios de médicos para pacientes hospitalizados asociados con (a) un aborto espontáneo (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios de médicos asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: – Procedimientos de dilatación y legrado; – Medicamentos adecuados administrados por el proveedor; – Ecografías; y – Exámenes histológicos de muestras de tejido. • Servicios de médicos necesarios médicamente para respaldar la labor de un dentista que brinda servicios odontológicos a un miembro de CHIP, como anestesia general o sedación intravenosa (continúa en la página siguiente)

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios profesionales brindados por médicos/ ayudantes médicos (continuación)	• Servicios prequirúrgicos o servicios de ortodoncia posteriores a la cirugía para tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren de la intervención quirúrgica y se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto o determinado claramente para tratar: – El labio leporino o paladar hendido; o – Desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas o congénitas graves; o – Asimetría facial grave secundaria de los defectos esqueléticos, las afecciones de síndrome congénito o el crecimiento de tumores o su tratamiento.
Servicios y suministros familiares previos al embarazo y de atención prenatal	La cobertura de atención prenatal ilimitada y atención médicamente necesaria relacionada con enfermedades, afecciones o anomalías relacionadas con el sistema reproductor, y las limitaciones y exclusiones en estos servicios se describen en la sección de servicios de médicos y para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Los beneficios para la salud de atención primaria y preventiva no incluyen servicios ni suministros de reproducción familiar antes del embarazo, ni medicamentos recetados solo para fines de atención de la salud reproductiva primaria y preventiva.

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Equipo Médico Duradero (DME), dispositivos protésicos y suministros médicos desechables	Límite de $20,000 por período de 12 meses para DME, prótesis, dispositivos y suministros médicos desechables (los suministros y equipos para personas diabéticas no se contabilizan para este tope). Los servicios cubiertos incluyen DME (equipo que puede soportar el uso reiterado y es principal y habitualmente utilizado para un fin médico; por lo general, no es útil para una persona que no tiene una enfermedad, lesión o discapacidad, y es adecuado para su uso en el hogar), incluidos los dispositivos y suministros que son médicamente necesarios y necesarios para una o más actividades de la vida diaria, y adecuados para brindar asistencia en el tratamiento de una afección médica, incluidos: • Abrazaderas ortopédicas y artículos ortopédicos • Dispositivos odontológicos • Dispositivos protésicos, como ojos artificiales, prótesis de extremidades, abrazaderas y prótesis mamarias externas • Anteojos protésicos y lentes de contacto para el control de enfermedades oftalmológicas graves • Audífonos • Suministros médicos desechables específicos para diagnóstico, incluidos los suplementos dietarios y de fórmula especiales recetados específicos para diagnóstico. (Consulte el Anexo A).

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios de salud comunitarios y en el hogar	Servicios que se brindan en el hogar y la comunidad, incluidos entre otros, los siguientes: • Infusión en el hogar • Terapia respiratoria • Visitas para servicios de enfermera particular (enfermera registrada [registered nurse, R.N.], enfermera vocacional con licencia [licensed vocational nurse, L.V.N.]) • Visitas de enfermería especializada según lo definido para fines de atención de la salud en el hogar (pueden incluir R.N. o L.V.N.) • Enfermeras auxiliares de atención en el hogar como parte de un plan de atención durante un período en el que las visitas de enfermería especializada han sido aprobadas • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Los servicios no pretenden reemplazar al cuidador del NIÑO ni brindar alivio para este • Las visitas de enfermería especializada se ofrecen en nivel intermitente y no pretenden brindar servicios de enfermería especializada las 24 horas • Los servicios no pretenden reemplazar los servicios de los centros de enfermería especializada ni los servicios para pacientes hospitalizados las 24 horas

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	Servicios de salud mental, incluidos los servicios para las enfermedades mentales graves, brindados en un hospital psiquiátrico independiente, unidades psiquiátricas de hospitales de atención aguda general y centros administrados por el estado, incluidos, entre otros: • Pruebas neuropsicológicas y psicológicas • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados son por orden judicial de la jurisdicción competente según las disposiciones de los capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, relacionadas con las obligaciones impuestas judicialmente a los centros psiquiátricos, la orden judicial sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe ser presentada ante el tribunal con jurisdicción en la cuestión para la determinación. • No requiere el referido de un PCP
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	Servicios de salud mental, incluso para enfermedades de salud mental graves, provistos de forma ambulatoria, incluidos entre otros: • Las visitas pueden ofrecerse en diversos entornos comunitarios (incluidos la escuela y el hogar) o en un centro administrado por el estado • Pruebas neuropsicológicas y psicológicas • Control de medicamentos • Tratamientos diurnos de rehabilitación • Servicios de tratamiento residencial • Servicios pacientes ambulatorios subagudos (hospitalización parcial o tratamiento diurno de rehabilitación) • Entrenamiento de destrezas (desarrollo de destrezas psicoeducativas) (continúa en la página siguiente)

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)	• Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios son por orden judicial de la jurisdicción competente según las disposiciones de los capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, relacionadas con las obligaciones impuestas judicialmente a los centros psiquiátricos, la orden judicial sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe ser presentada ante el tribunal con jurisdicción en la cuestión para la determinación. • El Departamento de Servicios de Salud Estatales de Texas (Texas Department of State Health Services, DSHS) define a un Proveedor de salud mental con certificación – Servicios comunitarios (Qualified Mental Health Provider – Community Services, QMHP-CS), en el Título 25 T.A.C., Parte I, Capítulo 412, Subcapítulo G, División 1, §412.303(48). Los QMHP-CS son proveedores que trabajan a través de una autoridad de salud mental local contratada por el DSHS o una entidad independiente contratada por el DSHS. Los QMHP-CS son supervisados por un médico o profesional de salud mental autorizado y brindan servicios de acuerdo con las normas del DSHS. Estos servicios incluyen entrenamiento grupal e individual en destrezas (que pueden ser componentes de intervenciones como el tratamiento diurno y los servicios en el hogar), educación para el paciente y la familia, y servicios de crisis. • No requiere el referido de un PCP
Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de tratamiento residencial y para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias, incluida la desintoxicación y la estabilización de crisis, y programas de rehabilitación residencial las 24 horas • No requiere el referido de un PCP

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de prevención e intervención provistos por un médico y proveedores no médicos, como pruebas de detección, evaluaciones y referidos para trastornos de dependencia a los químicos • Servicios ambulatorios intensivos • Hospitalización parcial • Los servicios intensivos para pacientes ambulatorios se definen como servicios organizados no residenciales que brindan terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y entrenamiento en destrezas de la vida que consisten en 10 horas, como mínimo, por semana durante 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas por día • Los servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios se definen como al menos una a dos horas por semana de terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y entrenamiento de las destrezas de vida • No requiere el referido de un PCP
Servicios de rehabilitación	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Los servicios de rehabilitación y habilitación (proceso para brindar a un niño los medios para alcanzar los hitos del desarrollo adecuados para la edad a través de terapia o tratamiento) incluyen, entre otros, los siguientes: – Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla – Evaluación del desarrollo

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios de atención para enfermos terminales	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Cuidados paliativos, incluidos los servicios médicos y de apoyo, para niños a los que les quedan 6 meses de vida o menos, a fin de que los pacientes se sientan cómodos durante las últimas semanas y meses antes de la muerte • Servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal • Hasta un máximo de 120 días con una expectativa de vida de 6 meses • Los pacientes que elijan servicios para enfermos terminales pueden cancelar esta elección en cualquier momento • Los servicios se aplican al diagnóstico de enfermos terminales
Servicios de emergencia, incluidos los hospitales de emergencias, los médicos y los servicios de ambulancia	MCO no puede exigir la autorización como una condición para el pago por afecciones de emergencia o trabajo de parto y parto. Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios de emergencia basados en la definición de una afección médica de emergencia dada por una persona prudente que no es profesional • Sala de emergencia hospitalaria y servicios auxiliares, y servicios médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, provistos por proveedores dentro y fuera de la red • Exámenes médicos de detección • Servicios de estabilización • Acceso al Nivel 1 designado por el DSHS y los centros de trauma del Nivel II u hospitales que cumplen con niveles equivalentes de atención para los servicios de emergencia • Transporte aéreo, terrestre y acuático de emergencia • Servicios dentales de emergencia, limitados a mandíbula fracturada o dislocada, daño traumático de los dientes, extirpación de quistes y tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de las encías

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Trasplantes	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Según la guía actualizada de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), todos los trasplantes de órganos y tejido humanos no experimentales, y todas las formas de trasplantes de córnea, médula ósea y células madre periféricas no experimentales, incluidos los gastos médicos del donante
Beneficios oftalmológicos	El plan de salud puede limitar de manera razonable el costo de marcos y lentes. Los servicios incluyen lo siguiente: • Un (1) examen de los ojos para determinar la necesidad y receta de lentes correctivos por período de 12 meses, sin autorización • Un (1) par de anteojos no protésicos por período de 12 meses
Servicios quiroprácticos	Los servicios no requieren receta médica y están limitados a la subluxación de la columna vertebral.
Programa para dejar de fumar	Se cubre hasta un límite de $100 por período de 12 meses en un programa aprobado por el plan. • El plan de salud define el programa aprobado por el plan • Puede estar sujeto a los requisitos del formulario
Administración de casos y coordinación de la atención	Estos servicios incluyen información de alcance, administración de casos, coordinación de la atención y referidos recursos comunitarios.
Beneficios de medicamentos	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios, incluidos medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios entregados por farmacia y administrados por el proveedor; y • Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno de hospitalización.

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP
Servicios de valor agregado	Consulte la sección Beneficios adicionales.

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

Puede obtener estos beneficios llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003.**

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?

Los servicios cubiertos por el programa CHIP deben cumplir con la definición de CHIP de médicamente necesario. No hay un máximo de por vida en los beneficios; sin embargo, a ciertos servicios se aplican limitaciones de por vida o por un período de 12 meses, según se especifica en el cuadro anterior. Los copagos se aplican hasta que la familia alcance su máximo específico de costo compartido.

¿Cuánto debo pagar por los servicios de salud?

La tabla de la página siguiente muestra los copagos de CHIP según sus ingresos familiares. Usted le paga los copagos al proveedor de atención médica (en el momento de recibir el servicio) cuando le brinda servicios médicos o medicamentos con receta. No hay copagos para la atención preventiva, como las visitas de bienestar de su hijo o bebé, o las vacunas. Los miembros recién nacidos de CHIP, los miembros indígenas americanos y los miembros nativos de Alaska no pagan ningún cargo de inscripción ni copago.

La tarjeta de identificación del plan de salud de su hijo muestra los copagos que se aplican a su familia. Muestre la tarjeta de identificación de su hijo en todas las visitas al consultorio o si necesita servicios de la sala de emergencia o surtir una receta.

Es posible que las familias deban pagar un cargo de inscripción. Estos cargos pueden ir de $0 a $50. Este monto solo se paga cuando vuelve a inscribir a sus hijos cada año.

La Guía para Miembros que recibió cuando se inscribió en el programa CHIP tiene un formulario para desprender que debe usar para realizar un seguimiento de los costos de CHIP de su hijo. Para asegurarse de no exceder los límites de los costos de bolsillo, realice un seguimiento de los gastos relacionados con CHIP en este formulario.

La carta de bienvenida del paquete de inscripción le informa exactamente cuánto debe gastar antes de poder enviar nuevamente el formulario al programa CHIP. Si no puede encontrar su carta de bienvenida, llame al programa CHIP al 1-800-647-6558 y le informarán cuál es su límite.

Cuando alcance sus costos de bolsillo anuales, envíe el formulario al programa CHIP y el personal nos notificará al respecto. Le emitiremos una nueva tarjeta de identificación del miembro. Esta tarjeta nueva mostrará que no se deben pagar copagos cuando su hijo recibe servicios médicos. Es posible que los miembros de CHIP tengan que pagar los servicios no cubiertos.

¿Qué son los copagos?

¿Cuánto cuestan y cuándo tengo que pagarlos?

Los copagos por servicios médicos o medicamentos con receta se pagan al proveedor de atención médica en el momento de recibir el servicio. Usted no tiene que pagar copagos por la atención preventiva, como las visitas de bienestar de su hijo o bebé, o las vacunas. Su tarjeta o la tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan de su hijo indica los copagos que se aplican a su familia. Presente su tarjeta cuando usted o su hijo haga visitas al consultorio o reciba servicios en la sala de emergencias, o cuando surta una receta. Si su tarjeta muestra un requisito de copago y el miembro es nativo americano o nativo de Alaska, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para que corrijan esto.

La siguiente tabla indica los montos de costos compartidos de CHIP. Se indican de acuerdo con los ingresos familiares. El límite de costo compartido es del 5% del ingreso familiar por cada período de cobertura de 12 meses.

Costo compartido de CHIP	
Cargos de inscripción (para el período de inscripción de 12 meses):	
	Cargo
Igual o por debajo del 151% del FPL* o exento de costos compartidos	$0
Por encima del 151% hasta el 186% del FPL inclusive	$35
Por encima del 186% hasta el 201% del FPL inclusive	$50
Copago (por visita):	
Igual o por debajo del 151% del FPL	**Cargo**
Visita al consultorio (no preventiva) No se aplica ningún copago para visitas al consultorio de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	$5
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	$5
Igual o por debajo del 151% del FPL	**Cargo**
Medicamento genérico	$0
Medicamento de marca	$5
Copago del centro, paciente hospitalizado (por admisión) No se aplica copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	$35
Límite de costo compartido	5% (de los ingresos familiares)**
Por encima del 151% hasta el 186% del FPL inclusive	**Cargo**
Visita al consultorio (no preventiva) No se aplica ningún copago para visitas al consultorio de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	$20
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	$75

Copago (por visita):	
Por encima del 151% hasta el 186% del FPL inclusive (continuación)	**Cargo**
Medicamento genérico	$10
Medicamento de marca	$35
Copago del centro, paciente hospitalizado (por admisión) No se aplica copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	$75
Límite de costo compartido	5% (de los ingresos familiares)**
Por encima del 186% hasta el 201% del FPL inclusive	**Cargo**
Visita al consultorio (no preventiva) No se aplica ningún copago para visitas al consultorio de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	$25
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	$75
Medicamento genérico	$10
Medicamento de marca	$35
Copago del centro, paciente hospitalizado (por admisión) No se aplica copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	$125
Límite de costo compartido	5% (de los ingresos familiares)**

*El nivel federal de pobreza (federal poverty level, FPL) se refiere a la guía de ingresos establecida anualmente por el gobierno federal.

**Por período de cobertura de 12 meses.

¿Qué sucede si recibo una factura del médico de mi hijo? ¿Qué información necesitarán? ¿Con quién debo comunicarme?

Si recibe una factura de un médico, hospital u otro proveedor de atención médica, pregunte el motivo por el que se la envían a usted. El médico de su hijo, proveedor de atención médica u hospital no pueden facturarle los servicios cubiertos y aprobados del programa CHIP. Usted no tiene que pagar las facturas que debería pagar UnitedHealthcare Community Plan.

Si recibe una factura, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda.

Asegúrese de tener la factura a mano cuando llame. Deberá informar a Servicios para Miembros quién le envió la factura, la fecha del servicio, el monto y la dirección y el número de teléfono del proveedor.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico o el médico de su hijo le indique. Su médico o el médico de su hijo le recetará un medicamento para que pueda retirarlo en la farmacia o puede enviar la receta a la farmacia por usted.

Las exclusiones incluyen: medicamentos anticonceptivos recetados solo con el fin de prevenir el embarazo y medicamentos para la pérdida o el aumento de peso.

Es posible que deba pagar un copago por cada receta surtida, según sus ingresos.

¿Qué servicios no están cubiertos?

- Tratamientos de infertilidad para pacientes hospitalizados y ambulatorios o servicios reproductivos a excepción de atención prenatal, trabajo de parto y parto, y la atención relacionada con enfermedades o anomalías del sistema reproductor
- Artículos para la comodidad personal, incluidos, entre otros, los kits de atención personal provistos en la admisión de pacientes hospitalizados, teléfono, televisión, fotografías de recién nacidos, comidas para los huéspedes del paciente y otros artículos que no se requieren para el tratamiento específico de la enfermedad o lesión
- Procedimientos o servicios médicos o quirúrgicos experimentales o investigativos u otros procedimientos o servicios de atención de la salud que generalmente no se emplean ni reconocen dentro de la comunidad médica
- Tratamiento o evaluaciones requeridos por parte de terceros, incluidos, entre otros, aquellos para las escuelas, el empleo, la autorización de vuelos, los campamentos, el seguro o una orden judicial
- Servicios de enfermera particular cuando se brindan a pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada
- Dispositivos mecánicos de reemplazo de órganos, incluidos entre otros, un corazón artificial
- Servicios y suministros hospitalarios cuando el confinamiento es solo para fines de pruebas de diagnóstico, a menos que sean autorizados previamente de algún otro modo por el plan de salud
- Pruebas de detección de cáncer de próstata y mamografía
- Cirugía electiva para corregir la visión
- Procedimientos gástricos para la pérdida de peso
- Cirugía o servicios cosméticos solo para fines estéticos
- Dispositivos odontológicos exclusivamente con fines estéticos
- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan de salud excepto para atención de emergencia y servicios médicos para una madre y su recién nacido durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones
- Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos provistos para el control del peso o el tratamiento de la obesidad, excepto los servicios asociados con el tratamiento para la obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por el plan de salud
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia
- Vacunas solo para viajes al extranjero

- Cuidado de los pies de rutina, como la atención higiénica
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, planos o con esguinces, y corte o eliminación de callos y uñas. (Esto no se aplica a la eliminación de las raíces de las uñas ni al tratamiento quirúrgico de afecciones subyacentes a callos o uñas encarnadas.)
- Reemplazo o reparación de dispositivos protésicos y equipo médico duradero debido al uso indebido, abuso o pérdida cuando es confirmado por el miembro o proveedor
- Zapatos ortopédicos correctivos
- Artículos de tocador
- Dispositivo ortopédico utilizado principalmente para fines atléticos o recreativos
- Atención de custodia. (Cuidados que brindan asistencia a un niño con las actividades de la vida diaria, como asistencia para caminar, subir y bajar de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse e ir al baño, preparación de comidas especiales y supervisión de medicamentos que por lo general se autoadministra o es provista por los padres. Estos cuidados no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado.) Esta exclusión no se aplica a los servicios de instituciones para enfermos terminales.
- Mantenimiento
- Servicios y atención de instalaciones públicas para las afecciones que las leyes estatales, federales o locales requieren que se brinden en un centro público, o los cuidados provistos mientras se está bajo la custodia de las autoridades legales
- Servicios o suministros recibidos de personal de enfermería, que no requieren de la habilidad y capacitación de dicho personal
- Entrenamiento de la vista y terapia de la visión
- El reembolso para servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla en la escuela no están cubiertos salvo en los casos en que sean indicados por un médico o PCP
- Gastos no médicos del donante
- Cargos incurridos como donante de un órgano cuando el receptor no está cubierto por este plan de salud

Suministros cubiertos y excluidos de CHIP

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Vendas Ace Bandages		X	Excepción: Si son provistas y facturadas por la clínica o agencia de atención en el hogar se cubren como suministro incidental.
Alcohol rectificado		X	Suministro de venta libre.
Alcohol, hisopos (personas diabéticas)	X		Suministro de venta libre no cubierto, a menos que se proporcione la receta en el momento del despacho.
Alcohol, hisopos	X		Solo se cubren cuando se reciben con terapia intravenosa o con kits o suministros de vía central.
Epinefrina Ana Kit	X		Un kit de autoinyección utilizado por pacientes muy alérgicos a las picaduras de abejas.
Cabestrillo para brazo	X		Entregado como parte de la visita al consultorio.
Attends (pañales)	X		Cobertura limitada a los niños mayores de 4 años solo cuando son recetados por un médico y utilizados para brindar atención para un diagnóstico cubierto según lo especificado en el plan de tratamiento.
Vendas		X	
Termómetro basal		X	Suministro de venta libre.
Baterías iniciales	X		Para artículos de DME cubiertos.
Baterías de reemplazo	X		Para DME cubierto cuando el reemplazo es necesario debido al uso normal.

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Betadine		X	Consulte Suministros para terapia intravenosa.
Libros		X	
Bolsas para colostomía			Consulte Suministros para ostomía.
Dispositivos de comunicación		X	
Gel anticonceptivo		X	Suministro de venta libre. Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Molde craneal		X	
Dispositivos odontológicos	X		Cobertura limitada a los dispositivos odontológicos utilizados para el tratamiento de anomalías craneofaciales que requieren de una intervención quirúrgica.
Suministros para diabéticos	X		Solución para calibración de monitor, jeringas de insulina, agujas, lancetas, dispositivo de lanceta y tiras de glucosa.
Pañales/ropa interior para la incontinencia/ Chux	X		Cobertura limitada a los niños mayores de 4 años solo cuando son recetados por un médico y utilizados para brindar atención para un diagnóstico cubierto según lo especificado en el plan de tratamiento.
Diafragma		X	Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Diastix	X		Para el control de la diabetes.
Dieta especial		X	
Agua destilada		X	

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Suministros para apósitos/ vía central	X		Jeringas, agujas, Tegaderm, hisopos con alcohol, ungüento o hisopos de Betadine, cinta. Muchas veces, estos artículos se despachan en un kit que incluye todos los artículos necesarios para un cambio de apósito.
Suministros para apósitos/ decúbito	X		Elegibles para la cobertura solo si se recibe atención en el hogar para el cuidado de las heridas.
Suministros para apósitos/ terapia intravenosa periférica	X		Elegibles para la cobertura solo si se recibe terapia intravenosa en el hogar.
Suministros para apósitos/ otro		X	
Máscara para el polvo		X	
Moldes auriculares	X		A medida, para después de la cirugía del oído medio o interno.
Electrodos	X		Elegibles para la cobertura cuando se utilizan con un DME cubierto.
Suministros para enema		X	Suministro de venta libre.

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Suministros para nutrición enteral	X		Los suministros necesarios (por ejemplo, bolsas, sondas, conectores, catéteres, etc.) son elegibles para la cobertura. Los productos para nutrición enteral no están cubiertos a excepción de aquellos recetados para trastornos metabólicos hereditarios, una disfunción o enfermedad de las funciones que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado o hipoabsorción debido a una enfermedad.
Parches para los ojos	X		Cubiertos para pacientes con ambliopía.

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Leche para bebé (fórmula)		X	Excepción: Elegible para la cobertura solo para los trastornos metabólicos hereditarios crónicos, una disfunción o enfermedad de las funciones que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado, o la hipoabsorción debido a una enfermedad (que se espera que dure más de 60 días cuando es recetada por el médico y autorizada por el plan). La documentación del médico para justificar la receta de la leche de fórmula debe incluir: • Identificación de un trastorno metabólico, disfagia que deriva en una necesidad médica de una dieta líquida, presencia de una gastrostomía o enfermedad que deriva en la hipoabsorción, que requiere de un producto nutricional médicamente necesario No incluye leche de fórmula: • Para los miembros que podrían ser alimen-tados con una dieta adecuada para la edad • Utilizada tradicionalmente para la alimentación de los lactantes • En forma de budín (excepto para los clientes con disfunción motora orofaríngea documentada que reciben una cantidad mayor al 50% de su ingesta calórica diaria de este producto) (continúa en la página siguiente)

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Leche para bebé (fórmula) (continuación)		X	• Para el diagnóstico primario de un desarrollo deficiente, el bajo peso o la falta de crecimiento, o para los lactantes menores de 12 meses a menos que la necesidad médica se documente y se cumpla con otros criterios mencionados anteriormente Los espesantes de alimentos, las comidas para bebés o los productos comestibles regulares que pueden licuarse y utilizarse con un sistema enteral y que no son médicamente necesarios no están cubiertos, independientemente de si estos productos alimenticios regulares se ingieren por vía oral o parenteral.
Guantes		X	Excepción: Apósitos de vía central o cuidado de las heridas provisto por una agencia de atención en el hogar.
Peróxido de hidrógeno		X	Suministro de venta libre.
Artículos para la higiene		X	
Toallas para la incontinencia	X		Cobertura limitada a los niños mayores de 4 años solo cuando son recetados por un médico y utilizados para brindar atención para un diagnóstico cubierto según lo especificado en el plan de tratamiento.
Suministros de bomba de insulina (externa)	X		Los suministros (p. ej., conjuntos de infusión, depósitos de jeringas y apósitos, etc.) son elegibles para la cobertura si la bomba es un artículo cubierto.
Conjuntos de irrigación, cuidado de las heridas	X		Elegibles para la cobertura si se usan durante la atención en el hogar para el cuidado de las heridas.

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Conjuntos de irrigación, urinarios	X		Elegibles para la cobertura en personas con catéter urinario permanente.
Suministros para terapia intravenosa	X		Sondas, filtro, cartuchos, soporte para infusión i.v., hisopos con alcohol, agujas, jeringas y cualquier otro suministro relacionado necesario para la terapia i.v. en el hogar.
K-Y Jelly		X	Suministro de venta libre.
Dispositivo de lanceta	X		Limitado a un dispositivo solamente.
Lancetas	X		Elegibles para personas con diabetes.
Eyector médico	X		
Agujas y jeringas/ personas diabéticas			Consulte Suministros para personas diabéticas
Agujas y jeringas/vía intravenosa y central			Consulte Suministros para terapia intravenosa y apósitos/vía central.
Agujas y jeringas/otro	X		Elegibles para la cobertura si un medicamento subcutáneo o intramuscular cubierto se administra en el hogar.
Solución salina normal			Consulte Solución salina normal.
Novopen	X		

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Suministros para ostomía	X		Los artículos elegibles para la cobertura incluyen: cinturón, bolsas, pastilla, placa frontal, inserto, barrera, filtro, junta, enchufe, kit de irrigación/manga, cinta, preparación para la piel, adhesivos, conjuntos de drenaje, removedor de adhesivos y desodorante de bolsas. Los artículos no elegibles para la cobertura incluyen: tijeras, desodorante de ambiente, limpiadores, guantes de goma, gaza, cubiertas para bolsas, jabones y lociones.
Nutrición parenteral/ suministros	X		Los suministros necesarios (p. ej., sondas, filtros, conectores, etc.) son elegibles para la cobertura cuando el plan de salud ha autorizado la nutrición parenteral.
Solución salina normal	X		Elegible para la cobertura: a) Cuando se usa para diluir medicamentos para tratamientos con nebulizador; b) Como parte de la atención cubierta en el hogar para el cuidado de heridas; c) Para irrigación de catéter urinario permanente.
Monitor de glucosa estándar para el hogar		X	UHC ofrece un código de cupón para un monitor gratuito en una farmacia de punto de venta. La unidad se limita a la marca del cupón.
Funda de muñón	X		
Protectores de muñón	X		
Catéteres para succión	X		

Suministros	Cubierta	Excluidos	Comentarios y disposiciones del contrato del miembro
Jeringas			Consulte Agujas/jeringas.
Cinta			Consulte Suministros para apósitos, Suministros para ostomía y Suministros para terapia intravenosa.
Suministros para traqueotomía	X		Las cánulas, sondas, abrazaderas, soportes, kits de limpieza, etc. son elegibles para la cobertura.
Almohadillas impermeables			Consulte Pañales/ropa interior para la incontinencia/Chux.
Vendas (Unna Boot)	X		Elegibles para la cobertura cuando forman parte del cuidado de las heridas en el hogar. Se aplica un cargo incidental cuando se administran durante la visita al consultorio.
Tratamiento urinario, catéter externo y suministros		X	Excepción: Están cubiertos cuando son utilizados por una persona de sexo masculino que sufre de incontinencia en los casos en que la lesión uretral impide el uso de un catéter permanente indicado por el PCP y aprobado por el plan.
Tratamiento urinario, catéter permanente y suministros	X		Se cubre el catéter, la bolsa de drenaje con sonda, la bandeja de inserción, el conjunto de irrigación y la solución salina normal, si es necesario.
Cateterismo urinario intermitente	X		Se cubren los suministros necesarios para el cateterismo intermitente o directo.
Kit de análisis de orina	X		Cuando se determina que es médicamente necesario.
Suministros para urostomía			Consulte Suministros para ostomía.

¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro de UnitedHealthcare Community Plan?

Servicios de valor agregado

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, también puede recibir servicios de valor agregado. Estos servicios únicos se ofrecen, además de los servicios requeridos, para beneficiar su salud y su vida cotidiana disponibles desde el 1 de septiembre hasta el 30 de agosto. Para conocer las ofertas de servicios de valor agregado integrales y más actualizadas, visite **myuhc.com**. Estos son algunos de los servicios de valor agregado que ofrece UnitedHealthcare Community Plan:

Transporte para servicios de salud

Recibe 4 viajes de ida y vuelta para necesidades de salud que no estén cubiertas por CHIP, como ir al supermercado, buscar ayuda para la vivienda y oficinas de servicios públicos.

Condiciones: Los miembros deben llamar a SafeRide al **1-888-462-6050** al menos dos días antes de la cita para programar el traslado. Los miembros de 0 a 17 años de edad deben estar acompañados por un adulto. Se permite solo un acompañante por menor. Es posible que se apruebe el transporte de niños adicionales a proveedores aprobados por CHIP 4 viajes de ida y vuelta.

Consejos cuando llame para programar un traslado

- Número de ID del miembro de UnitedHealthcare
- Nombre del proveedor
- Dirección del proveedor
- Número de teléfono del proveedor
- Hora de la cita

Beneficios extra para lentes

Recibe $105 cada año para marcos, lentes o lentes de contacto que no cubra CHIP.

Condiciones:

- Deben usarse proveedores que se encuentren dentro de la red
- No incluye beneficios para CHIP Perinatal ni pares de repuesto

Exámenes físico

Un examen físico sin costo para deportives, la escuela o campamento con un médico de atención primaria de la red.

Condiciones: Debe usar un proveedor dentro de la red. No aplica para CHIP Perinatal. Un examen por año.* Entre 4 y 19 años de edad.

Tarjeta de recompensa para la salud diaria

Tarjeta de $20 para artículos como un organizador de pastillas y libreta para cuidar tu salud.

Condiciones: Uno por año.*

Tarjeta de recompensa para ejercicios

Tarjeta de $20 para artículos de ejercicio.

Condiciones: Una tarjeta por año.*

Recompensa contra plagas

Tarjeta de $20 para artículos del hogar, como enchufes para el control de plagas.

Condiciones: Disponible para miembros en el programa de manejo de enfermedades para el asma o EPOC. Una al año.*

*Cada año fiscal estatal, 9/1-8/31.

$20 para asma o COPD

Tarjeta de $20. Para artículos que ayudan a mejorar el aire en tu hogar, como ventiladores, filtros de aire o humidificadores.

Condiciones: Disponible para miembros en el programa de manejo de enfermedades para el asma o EPOC. Una tarjeta por año.*

Apoyo durante el embarazo

Usa **myuhc.com** o la aplicación para aprender sobre tu embarazo y acceder a herramientas e información útil. También puedes recibir recompensas por visitas al médico.

- $25 por asistir a una visita prenatal

Apoyo después del parto

Usa **myuhc.com** o la aplicación para aprender sobre tu embarazo y acceder a herramientas e información útil. También puedes recibir recompensas por visitas al médico.

- $25 por asistir a una visita posparto

Wellhop

Wellhop para Mamá y Bebé ayuda a las futuras mamás con fechas de parto similares. Pueden chatear en línea, aprender cosas nuevas y apoyarse desde el embarazo hasta la maternidad temprana.

Condiciones: Embarazadas pueden inscribirse en Wellhop por internet.

Radio de Emergencia NOAA/FM/AM

Un radio NOAA/FM/AM que te ayuda a estar conectado durante mal clima o desastres. Incluye cargador de celular y linterna.

Condiciones: Una radio por año.*

*Cada año fiscal estatal, 9/1-8/31.

Recordatorios de mensajes de texto para medicamentos

Acceso al portal para miembros de Optum, que permite a los miembros programar recordatorios por mensaje de texto para sus medicamentos en línea.

Condiciones: Los miembros quienes cumplan con los requisitos tienen acceso al portal a través de una tableta, computadora o teléfono inteligente.

Application CALM Health

Recibe ayuda para el estrés y tu bienestar cuando la necesites. Disponible 24/7 en un sitio web que puedes usar a tu propio ritmo.

Condiciones: Necesitas tableta, computadora o teléfono inteligente.

Programas para dejar de fumar cigarrillos electrónicos de vapor

Los miembros que fuman cigarrillos electrónicos pueden recibir ayuda para dejarlo. Hay educación y apoyo disponibles a través de un programa en línea.

Condiciones: Necesitas una computadora, tableta o teléfono inteligente para acceder.

Programa de bienestar en línea

Recibe consejos para bajar de peso y hacer ejercicio. Disponible a través de **myuhc.com**.

Condiciones: Necesitas una computadora, tableta o teléfono inteligente para acceder.

Diario de salud mental

Un diario de salud mental por año fiscal después de completar una visita 7 días después de la hospitalización. Incluye una lista de recursos relacionados con la salud mental donde los miembros pueden escribir y expresar tus sentimientos.

Condiciones: Un diario de salud mental por año* después de completar la visita posterior a la hospitalización de 7 días.

*Cada año fiscal estatal, 9/1-8/31.

Recursos de salud mental en línea:

Live and Work Well tiene noticias, videos, recursos legales y puedes encontrar doctores y otros tipos de cuidado. Necesitas tableta, computadora o teléfono inteligente para acceder. En inglés y español.

Chats de información de salud por internet

Chats de información de salud por internet. Profesionales de salud responden tus preguntas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todo el año.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo?

Obtener estos beneficios adicionales es sencillo; solo tiene que llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003,** TDD/TTY: **7-1-1.**

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?

UnitedHealthcare Community Plan puede referirlo a clases de educación sobre la salud, como cursos para padres y clases para ayudarlo a dejar de fumar. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener más información acerca de las clases y reuniones de educación sobre la salud.

Clases de educación sobre la salud y otros recursos para miembros de CHIP

Intervención para la niñez temprana (ECI)

¿Qué es ECI?

La intervención para la niñez temprana (Early Childhood Intervention, ECI) es un programa que exige el gobierno federal para bebés y niños pequeños menores de tres años (de entre 0 y 36 meses) con retrasos en el desarrollo o discapacidades. Los servicios de ECI son únicos por los siguientes motivos:

*Cada año fiscal estatal, 9/1-8/31.

- Los padres y profesionales trabajan juntos como equipo
- Los servicios son convenientes para las familias
- Los niños aprenden nuevas habilidades a través de actividades cotidianas
- Los servicios se coordinan con otros de la comunidad
- Las familias de todos los niveles de ingresos reciben servicios de ECI

¿Necesito un referido para esto?

Cualquier persona puede hacer un referido (padre, madre, familiar, profesional de atención médica, trabajador social, cuidador, amigo o vecino). Para encontrar un proveedor de ECI, visite **https://www.hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services** o comuníquese con su Coordinador de Servicios al **1-877-352-7798** para obtener ayuda.

Un niño que tenga una afección médica diagnosticada con una alta probabilidad de provocar un retraso en el desarrollo, califica automáticamente para la ECI. Llame a su Coordinador de Servicios al**1-877-352-7798** para obtener ayuda. A continuación, un profesional de ECI hará una evaluación para determinar si su hijo es elegible y analizará con usted la necesidad de servicios.

¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

Cualquiera de los profesionales de ECI tiene experiencia en el trabajo con bebés, niños pequeños y sus familias, especialmente su Coordinador de Servicios o proveedor del programa ECI. Para encontrar un proveedor de ECI, visite **https://www.hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services** o comuníquese con su Coordinador de Servicios al **1-877-352-7798** para obtener ayuda.

Los especialistas con licencia o acreditados incluyen los siguientes:

- Especialistas en intervención temprana
- Especialistas en audición y visión
- Personal de enfermería
- Terapeutas ocupacionales
- Patólogos
- Fisioterapeutas
- Asesores profesionales
- Nutricionistas matriculados
- Trabajadores sociales
- Patólogos del habla y el lenguaje

¿Los servicios del programa ECI son gratuitos?

Sí. Los servicios son gratuitos para las personas que reúnen los requisitos, hasta los 3 años de edad. Después de los 3 años, los proveedores del programa ECI lo ayudarán a obtener servicios de otros programas si su hijo aún los necesita.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children, WIC)

¿Qué es WIC?

WIC es un programa para las mujeres embarazadas, las madres primerizas y los niños menores de 5 años. El programa WIC ayuda a enseñar a las mujeres embarazadas y las madres primerizas cómo alimentarse bien y mantenerse saludables.

¿Cómo solicito el programa WIC?

Llame sin cargo al 1-800-942-3678 o llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

¿Quiénes pueden recibir los servicios del programa WIC?

- Mujeres embarazadas
- Las mujeres que están amamantando un bebé menor de 1 año de edad
- Las mujeres que tuvieron un bebé en los últimos 6 meses
- Los niños menores de 5 años que cumplen con los requisitos de ingreso
- Los padres (incluidos las mujeres y los hombres solteros), los padrastros, los tutores y los padres de acogida de lactantes y niños

¿Los servicios son gratuitos?

Sí. Los servicios son gratuitos para las personas que reúnen los requisitos.

¿Cuáles son los requisitos?

- Cumplir con la guía de ingresos establecida por WIC
- Tener hábitos de alimentación deficientes o anemia por deficiencia de hierro
- Vivir en Texas

¿Qué brinda el programa WIC?

- Educación sobre cómo comer alimentos adecuados para usted
- Alimentos saludables como la leche de fórmula para los bebés, cereales para bebés, cereales para adultos, jugos de frutas y verduras, leche, huevos, queso, frijoles y mantequilla de maní Las madres que están amamantando también pueden obtener atún y zanahorias
- Ayuda relacionada con el amamantamiento
- Referidos para obtener servicios adicionales, como cupones de alimentos, CHIP y Medicaid
- Vacunas (en algunas clínicas)

Atención de la salud y otros servicios para miembros de CHIP

Nota: Se aplican referencias a "usted", "mi" o "yo" si usted es miembro de CHIP. Se aplican referencias a "mi hijo" o "mi hija" si su hijo o hija es miembro de CHIP.

¿Qué significa "médicamente necesario"?

Los servicios cubiertos para los miembros del programa CHIP deben cumplir con la definición de CHIP de "médicamente necesario".

Servicios clínicamente necesarios significa lo siguiente:

1. **Servicios de atención de la salud** que son:
   a. Razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas u ofrecer pruebas de detección tempranas, intervenciones o tratamientos para las afecciones que producen sufrimiento o dolor, deformidad física o limitaciones de las funciones, que amenazan con causar o empeorar una discapacidad, que provocan enfermedad o dolencia de un miembro o ponen en peligro la vida;
   b. Provistos en centros adecuados y en niveles adecuados de atención para el tratamiento de las afecciones de salud de un miembro;
   c. Consecuentes con la guía y las normas de prácticas de atención de la salud que están aprobadas por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o por agencias gubernamentales;
   d. Consecuentes con los diagnósticos del miembro;
   e. No más molestos ni restrictivos que lo necesario para proporcionar un adecuado equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;

f. No experimentales ni de investigación; y

g. No principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

2. **Servicios de salud conductual** que:

a. Son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de dependencia química o de salud mental, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento que deriva de un trastorno de este tipo;

b. Son consistentes con la guía y las normas clínicas profesionalmente aceptadas de práctica en la atención de la salud conductual;

c. Se proporcionan en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el cual los servicios se pueden brindar de forma segura;

d. Son del nivel o suministro de servicios más adecuado que pueden ser provistos de forma segura;

e. No se podrían omitir sin afectar de manera adversa la salud mental o física del miembro, o la calidad de la atención provista;

f. No son experimentales ni de investigación; y

g. No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

¿Qué es la atención médica de rutina y cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo?

Si usted o su hijo necesitan un chequeo físico, entonces la visita es de RUTINA. Su médico debe verlo en un plazo de cuatro semanas. UnitedHealthcare Community Plan estará encantado de ayudarlo a programar una cita; simplemente llámenos al **1-888-887-9003.**

Recuerde lo siguiente: Lo mejor es que consulte a su médico ANTES de enfermarse para que pueda entablar una relación con él. Es mucho más fácil llamar a su médico cuando tiene problemas de salud y este sabe quién es usted.

Usted o su hijo debe consultar a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan para recibir atención de rutina y de urgencia. Siempre puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan al 1-888-887-9003 si necesita ayuda para elegir un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué es la atención médica de urgencia y cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo?

Si usted o su hijo necesitan atención médica por cortes menores, quemaduras, infecciones, náuseas, vómitos o problemas similares, su visita es URGENTE. Llame a su médico. Por lo general, podrá atenderlo en el plazo de un día. Si tiene problemas para concertar una cita por una necesidad médica urgente, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener asistencia.

¿Qué es una emergencia, una afección médica de emergencia y una afección de salud conductual de emergencia?

La atención de emergencia es un servicio cubierto. Se proporciona atención de emergencia para afecciones médicas de emergencia y afecciones de salud conductual de emergencia.

Una "afección médica de emergencia" es una afección médica caracterizada por síntomas agudos repentinos lo suficientemente graves (incluido dolor intenso), que llevarían a una persona con conocimiento promedio de salud y medicina a esperar que la ausencia de atención médica inmediata pueda dar lugar a lo siguiente:

- Poner en grave peligro la salud del paciente;
- Provocar un deterioro grave de las funciones corporales;
- Provocar una disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal;
- Provocar un desfiguramiento grave; o
- En el caso de una embarazada miembro de CHIP, representar un serio peligro para la salud de la miembro o del feto.

"Afección de salud conductual de emergencia" significa cualquier afección, independientemente de su naturaleza o causa, que, en opinión de una persona que posee un conocimiento promedio de salud y medicina:

- Requiere intervención o atención médica inmediata sin la cual el miembro presentaría un peligro inminente para sí mismo o para los demás; o
- Causa que el miembro sea incapaz de controlar, conocer o comprender las consecuencias de sus acciones.

¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia?

Los "servicios de emergencia" y la "atención de emergencia" incluyen los servicios de atención de la salud que brindan los médicos, proveedores o personal del centro, dentro o fuera de la red, en el departamento de emergencias de un hospital, en un centro médico de emergencias independiente o en otro centro comparable, dentro o fuera de la red, para evaluar y estabilizar afecciones médicas de emergencia o afecciones de salud conductual de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen los exámenes médicos de detección y otras evaluaciones requeridas por la ley estatal o federal que sean necesarias para determinar si existe una afección médica de emergencia o una afección de salud conductual de emergencia.

¿Cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo en una emergencia?

El tiempo de espera para servicios de emergencia se basará en sus necesidades médicas y lo determinará el centro de emergencias que le brinde tratamiento.

¿Los servicios de emergencia dental están cubiertos?

UnitedHealthcare Community Plan pagará algunos servicios dentales de emergencia prestados en un hospital, centro de atención de urgencia o centro quirúrgico ambulatorio, tales como:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada
- Tratamiento de daños traumáticos de los dientes y las estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de las encías
- Tratamiento de anomalías craneofaciales
- Medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores

UnitedHealthcare Community Plan también cubre otros servicios dentales que su hijo reciba en un hospital, centro de atención de urgencia o centro quirúrgico ambulatorio. Esto incluye los servicios del médico y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia.

¿Qué hago si necesito o mi hijo necesita atención dental de emergencia?

Durante los horarios de atención regulares, llame al dentista principal de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista principal haya cerrado, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003.**

¿Qué es la atención posterior a la estabilización?

Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos por CHIP que mantienen su afección estable después de la atención médica de emergencia.

¿Cómo obtengo atención de la salud cuando el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo está cerrado?

Lo ideal es llamar al PCP tan pronto como usted o su hijo necesite recibir atención de la salud. No espere hasta la noche o el fin de semana para llamar al PCP si puede obtener ayuda durante el día. Su enfermedad o la enfermedad de su hijo podría empeorar durante el transcurso del día. Si usted o su hijo se enferman durante la noche o el fin de semana y no pueden esperar para obtener ayuda, llame al PCP al número de teléfono que se aparece en el frente de la tarjeta de identificación.

Si no puede comunicarse con su médico o el médico de su hijo, o desea hablar con alguien mientras espera que el médico le devuelva la llamada, llame a NurseLine, la línea de ayuda de enfermería de UnitedHealthcare Community Plan, al 1-800-850-1267. Nuestro personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarlo. Si cree que tiene una emergencia real, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?
¿Qué sucede si mi hijo se enferma cuando está fuera de la ciudad o de viaje?
¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

Si usted o su hijo necesitan atención médica durante un viaje, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003** y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia durante un viaje, vaya a un hospital cercano y luego llámenos al número gratuito **1-888-887-9003.**

¿Qué sucede si estoy, o mi hijo está, fuera del país?

Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos por CHIP.

¿Qué sucede si necesito, o mi hijo necesita, ver a un médico especializado (especialista)?

Es posible que el PCP quiera que usted o su hijo consulten a un médico especializado (especialista) para ciertas necesidades de atención de la salud. Si bien el PCP puede ocuparse de la mayoría de las necesidades de atención de la salud de usted o su hijo, a veces les pedirá que consulten a un especialista para recibir atención. Esto se debe a que un especialista ha recibido formación y tiene más experiencia en la atención de determinadas enfermedades, dolencias y lesiones. UnitedHealthcare Community Plan cuenta con muchos especialistas que trabajarán con usted y el PCP para atender sus necesidades o las de su hijo.

¿Qué es un referido?

El PCP hablará con usted sobre sus necesidades o las necesidades de su hijo y lo ayudará a planificar una visita al especialista que pueda brindarle la mejor atención. Esto se denomina remisión. Su médico o el médico de su hijo es el único que puede darle un referido para ver a un especialista. Si usted o su hijo visita o recibe servicios de un especialista sin un referido de su médico, o si el especialista no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, usted podría ser responsable de la factura. En algunos casos, un obstetra o ginecólogo también puede darle un referido para servicios relacionados.

¿Qué servicios no necesitan un referido?

Los siguientes servicios NO requieren un referido:

- Servicios de emergencia
- Atención de obstetricia o ginecología
- Servicios de salud conductual
- Servicios oftalmológicos de rutina
- Servicios dentales de rutina

Comuníquese con su PCP o el PCP de su hijo, o con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003,** para determinar si necesita un referido.

¿Cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hijo?

En algunas situaciones, el especialista podrá atenderlo o atender a su hijo de inmediato. En función de la necesidad médica, pueden transcurrir algunas semanas después de que programe la cita para ver al especialista.

Autorización previa

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

No necesita una autorización previa para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se prestan en una sala de emergencias, una unidad de observación, un centro de atención de urgencia o durante una hospitalización. Tampoco necesita una autorización previa para recibir servicios de emergencia ni para consultar a un proveedor de atención médica de la mujer a fin de recibir servicios de salud de la mujer. Lo mismo sucede si está embarazada o si se está realizando los chequeos médicos de Texas Health Steps (miembros menores de 21 años). Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.

Es posible que se necesite una autorización previa

Estos son algunos de los servicios que necesitan autorización previa:

- Admisiones hospitalarias
- Ciertos procedimientos de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios, entre ellos, los procedimientos de tomografías por emisión de positrones (positron emission tomography, PET)
- Algunos servicios de Equipo Médico Duradero
- Algunos medicamentos con receta
- Cirugía de pérdida de peso
- Servicios de terapia física, del habla y ocupacional
- Cardiología
- Transporte en ambulancia que no sea de emergencia

Todos los servicios no participantes requieren una autorización previa.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Usted tiene derecho a solicitar una segunda opinión de un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan si no está satisfecho con el plan de atención ofrecido por el especialista. Su médico de atención primaria debería poder darle un referido para una visita de segunda opinión. Si su médico le indica que consulte a un especialista que no es proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, esa visita deberá ser aprobada por UnitedHealthcare Community Plan. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda en cuanto a una segunda opinión.

¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo, o mi hijo tiene, problemas de salud conductual (mental) o problemas con el alcohol o las drogas? ¿Necesito un referido para esto?

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de atención de la salud conductual y por abuso de sustancias que sean médicamente necesarios. Si usted o su hijo tiene problemas con las drogas o está muy molesto por algún motivo, puede obtener ayuda. Llame al 1-800-495-5660 para obtener ayuda. No necesita un referido para estos servicios.

Habrá personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés. Infórmeles si necesita ayuda en otros idiomas. Servicios para Miembros lo comunicará con la línea de idiomas de AT&T y responderá a sus preguntas. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: 7-1-1.

Si se encuentra ante una situación de crisis y tiene problemas con la línea telefónica, llame al **9-1-1** o acuda a la sala de emergencias más cercana y comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan dentro de las 24 horas.

¿A quién llamo si tengo, o mi hijo tiene, necesidades especiales de atención de la salud y necesito que alguien me brinde asistencia?

Si usted o su hijo tienen necesidades especiales de atención de la salud, como una enfermedad grave en curso, una discapacidad o afecciones crónicas o complejas, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda con las necesidades especiales de atención de la salud de usted o su hijo.

¿Cuáles son los beneficios de medicamentos con receta para mí o mi hijo? ¿Cómo obtengo mis medicamentos o los medicamentos de mi hijo?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico o el médico de su hijo le indiquen. Su médico o el médico de su hijo les recetará un medicamento para que puedan retirarlo en la farmacia o puede enviar la receta a la farmacia por usted.

Las exclusiones incluyen: medicamentos anticonceptivos recetados solo con el fin de prevenir el embarazo y medicamentos para la pérdida o el aumento de peso.

Es posible que deba pagar un copago por cada receta surtida, según sus ingresos.

Todas las recetas que reciba de su médico pueden surtirse en cualquier farmacia que acepte su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.** Recuerde que debe llevar siempre su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan cada vez que vaya al médico o a la farmacia.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003 para obtener asistencia.**

¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la red?

Esto puede afectar su capacidad para obtener los medicamentos que necesita. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003 para obtener asistencia.**

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Necesitará su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan y las recetas.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos o los medicamentos de mi hijo?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003 para obtener asistencia.**

¿Qué sucede si necesito, o mi hijo necesita, un medicamento de venta libre?

La farmacia no puede darle un medicamento de venta libre como parte de su beneficio de CHIP o el beneficio de CHIP de su hijo. Si usted o su hijo necesita un medicamento de venta libre, deberá pagarlo.

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos con receta o los de mi hijo?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003 para obtener asistencia.**

¿Qué sucede si no me aprueban el medicamento que mi médico o el médico de mi hijo indicaron?

Si no es posible comunicarse con su médico o el médico de su hijo para que aprueben una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia para tres días del medicamento.

Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos.

¿Qué sucede si pierdo mi medicamento o el medicamento de mi hijo?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003 para obtener asistencia.**

¿Qué sucede si necesito, o mi hija necesita, píldoras anticonceptivas?

La farmacia no puede darles a usted o a su hija píldoras anticonceptivas para evitar el embarazo. Usted o su hija solo puede recibir píldoras anticonceptivas si son necesarias para tratar una afección médica.

Formulario del CHIP | Programa de medicamentos para proveedores

El Índice del Código de Medicamentos de Texas incluye formularios específicos del programa para Medicaid, el Programa de Seguros de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP), el Programa de Servicios para Niños con Necesidades de Atención Médica Especiales (Children with Special Health Care Needs, CSHCN), el Programa de Mujeres Saludables de Texas (Healthy Texas Women, HTW) y el Programa de Atención Médica Renal (Kidney Health Care, KHC). La Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health & Human Services Commission, HHSC) requiere que las organizaciones de atención administrada se adhieran a los formularios de Medicaid y CHIP.

Lista de medicamentos preferidos La HHSC organiza la Lista de medicamentos preferidos de Medicaid por clase terapéutica y contiene un subconjunto de muchos, aunque no todos, de los medicamentos que se encuentran en el formulario de Medicaid. Los medicamentos identificados en la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) como "preferidos" están disponibles sin autorización previa, a menos que la autorización previa clínica esté asociada con el medicamento. Algunos medicamentos están sujetos tanto a autorizaciones previas de medicamentos no preferidos como a autorizaciones previas clínicas. La HHSC realiza cambios en la PDL dos veces al año, en enero y julio. La HHSC anunciará otros cambios basados en circunstancias excepcionales. Los medicamentos del CHIP no están sujetos a los requisitos de la PDL.

Visite **https://www.txvendordrug.com/formulary** para ver los formularios incluidos.

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica? ¿Cómo puedo obtener servicios de atención oftalmológica para mi hijo?

Si necesita servicios de atención oftalmológica para su hijo, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.** Pueden ayudarloo a encontrar un proveedor cercano a su domicilio.

¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo?

UnitedHealthcare Community Plan pagará algunos servicios dentales de emergencia prestados en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. UnitedHealthcare Community Plan pagará los siguientes servicios:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada
- Tratamiento de daños traumáticos de los dientes y las estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de las encías
- Tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios médicos, hospitalarios y servicios médicos relacionados con las afecciones mencionadas anteriormente. Esto incluye los servicios del médico y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia y otros medicamentos.

El beneficio médico de CHIP proporciona cobertura dental de emergencia limitada para mandíbula dislocada, daño traumático en los dientes y extracción de quistes; tratamiento de absceso bucal de origen dental o de las encías; tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales; y medicamentos.

El plan dental de CHIP de su hijo proporciona todos los demás servicios dentales, incluidos los servicios que ayudan a prevenir las caries y los servicios que solucionan problemas dentales. Llame al plan dental de CHIP de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que ofrece.

¿Puede alguien brindarme servicios de interpretación cuando hablo con mi médico o el médico de mi hijo? ¿Con quién me comunico para solicitar un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Tiene derecho a hablar con su médico o el médico de su hijo en el idioma que prefiera. UnitedHealthcare Community Plan puede coordinar servicios de interpretación para usted. Llame al **1-888-887-9003** si necesita un traductor. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.** Llame tan pronto como programe la cita para usted o su hijo, o al menos 24 horas antes.

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?

Los traductores pueden reunirse con usted en el consultorio de su médico o el médico de su hijo y ayudarlo en persona a hablar con este en el idioma que prefiera. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener más información.

Planificación familiar

¿Qué sucede si necesito, o mi hija necesita, atención de un obstetra o ginecólogo?

Usted o su hija pueden obtener servicios de obstetricia y ginecología de su médico. También pueden elegir un especialista en obstetricia o ginecología para que se ocupe de las necesidades de salud de la mujer de usted o de su hija. Un obstetra o ginecólogo puede brindar ayuda en relación con la atención del embarazo, los chequeos anuales o problemas de salud de la mujer de usted o de su hija. NO necesita un referido de un médico para estos servicios. El obstetra o ginecólogo y el médico trabajarán juntos para asegurarse de que usted o su hija reciba la atención que necesita.

¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo?

Atención miembros: Tiene derecho a escoger un obstetra o ginecólogo para usted o su hija sin obtener un referido del Proveedor de Atención Primaria. Un obstetra o ginecólogo puede ofrecerle:

- Un chequeo de bienestar de la mujer por año
- Atención relacionada con el embarazo
- Atención para cualquier afección médica femenina
- Un referido a un especialista dentro de la red

UnitedHealthcare Community Plan les permite a usted o a su hija escoger cualquier obstetra o ginecólogo, ya sea que dicho médico se encuentre en la misma red que el PCP de usted o de su hija.

¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo?

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o elija uno del directorio de proveedores.

Si no elijo un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo?

Sí.

Planificación familiar

¿Necesitaré un referido para obtener los servicios de un obstetra o ginecólogo?

No.

¿Cuán pronto podrán atenderme o atender a mi hija después de contactar a un obstetra o ginecólogo para una cita?

Usted o su hija pueden recibir atención dentro de las dos semanas después de haberse comunicado con su médico para solicitar una visita prenatal.

Si usted o su hija están embarazadas, llame al médico de su hija y a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

¿Puedo conservar o puede mi hija conservar un obstetra o ginecólogo, aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan?

Si usted o su hija están embarazadas y están en los últimos 3 meses de embarazo, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.** UnitedHealthcare Community Plan hará los arreglos necesarios para que continúe el tratamiento con el obstetra o ginecólogo que las ha estado atendiendo. El médico también puede comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan para ver si puede convertirse en uno de nuestros proveedores.

Si usted o su hija no están embarazadas o no están en los últimos 3 meses de embarazo, pueden elegir cualquier obstetra o ginecólogo dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita una lista de proveedores, llame a Servicios para Miembros.

Para obtener ayuda para elegir un obstetra o ginecólogo, puede llamarnos al **1-888-887-9003.**

¿Qué sucede si estoy embarazada? ¿Qué sucede si mi hija está embarazada? ¿A quién debo llamar?

Si cree o sabe que usted o su hija están embarazadas, programe una cita para ver al médico o a un obstetra o ginecólogo. Este podrá confirmar si están embarazadas o no y hablar de la atención que necesitarán usted o su hija y el bebé en gestación. Cuando sepa que está embarazada, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.** UnitedHealthcare Community Plan hará la inscripción en el programa Healthy First Steps para asegurarse de que usted o su hija y el bebé en gestación reciban la atención médica que necesitan durante el embarazo.

¿Qué debo hacer si me mudo?

Tan pronto como tenga su nueva dirección, informe a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) llamando al **2-1-1** o actualizando su cuenta en **YourTexasBenefits.com**, y llame al departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.** Para poder recibir los servicios de CHIP en su nueva área, debe llamar primero a UnitedHealthcare Community Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención a través de UnitedHealthcare Community Plan hasta que la HHSC cambie su dirección.

Otros detalles del plan

Derechos y responsabilidades de los miembros de CHIP

Derechos de los miembros

1. Tiene derecho a obtener información precisa y fácil de entender para ayudarlo a tomar decisiones adecuadas sobre el plan de salud de su hijo, los médicos, los hospitales y otros proveedores.
2. Su plan de salud debe informarle si utiliza una "red limitada de proveedores". Este es un grupo de médicos y otros proveedores que solo refieren pacientes a otros médicos que están en el mismo grupo. "Red limitada de proveedores" significa que no puede visitar a todos los médicos que están en su plan de salud. Si su plan de salud usa "redes limitadas", debe consultar para ver si el PCP de su hijo y cualquier especialista que le gustaría visitar forman parte de la misma "red limitada".
3. Tiene derecho a saber cómo se les paga a los médicos. Algunos reciben un pago fijo independientemente de la frecuencia con que usted los visite. A otros se les paga según los servicios que le brindan a su hijo. Tiene derecho a saber qué incluyen dichos pagos y cómo funcionan.
4. Tiene derecho a saber cómo decide el plan de salud si un servicio está cubierto o es médicamente necesario. Tiene derecho a conocer a las personas del plan de salud que deciden sobre estos aspectos.
5. Tiene derecho a conocer los nombres de los hospitales y otros proveedores de su plan de salud, y sus direcciones.
6. Tiene derecho a escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente amplia de modo que su hijo pueda obtener el tipo de atención adecuada cuando la necesite.
7. Si un médico considera que su hijo tiene necesidades especiales de atención de la salud o una discapacidad, puede usar un especialista como PCP de su hijo. Consulte su plan de salud al respecto.
8. Los niños que reciben un diagnóstico de necesidades especiales de atención de la salud o una discapacidad tienen derecho a obtener atención especial.

9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el médico que atiende a su hijo abandona el plan de salud, su hijo puede continuar siendo atendido por dicho médico durante tres meses, y el plan de salud debe continuar pagando por dichos servicios. Consulte su plan para saber cómo funciona esto.
10. Su hija tiene derecho a visitar a un obstetra o ginecólogo participante sin obtener un referido del Proveedor de Atención Primaria y sin consultar previamente con el plan de salud. Consulte su plan para saber cómo funciona esto. Algunos planes pueden requerir que usted escoja un obstetra o ginecólogo antes de visitar a dicho médico sin un referido.
11. Su hijo tiene derecho a recibir servicios de emergencia si usted cree razonablemente que su vida está en peligro o que podría verse perjudicada gravemente si no recibe tratamiento de inmediato. La cobertura de las emergencias está disponible sin consultar previamente a su plan de salud. Es posible que tenga que pagar un copago según sus ingresos.
12. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las elecciones sobre la atención de la salud de su hijo.
13. Tiene derecho a hablar por su hijo en todas las elecciones de tratamiento.
14. Tiene derecho a obtener una segunda opinión de otro médico del plan de salud acerca de qué tipo de tratamiento necesita su hijo.
15. Tiene derecho a recibir un trato justo de parte del plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores.
16. Tiene derecho a hablar con los médicos de su hijo y otros proveedores en privado, y a que se mantenga la privacidad de los registros médicos de su hijo. Tiene derecho a examinar y realizar copias de los registros médicos de su hijo, y a solicitar cambios en dichos registros.
17. Tiene derecho a un proceso justo y rápido para la resolución de problemas con su plan de salud y los médicos, hospitales y otros proveedores de servicios para su hijo del plan. Si el plan afirma que no pagará un servicio o beneficio cubierto que el médico de su hijo considera médicamente necesario, usted tiene derecho a que otro grupo fuera del plan de salud le informe si considera que el médico o el plan de salud estaban en lo cierto.
18. Tiene derecho a saber que los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de su hijo pueden aconsejarlo sobre el estado de salud de su hijo, la atención médica y el tratamiento. El plan de salud no puede impedir que le brinden esta información, aun si la atención o el tratamiento no es un servicio cubierto.
19. Tiene derecho a saber que solo es responsable de pagar los copagos permitidos por los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otras personas no pueden exigirle que pague ningún otro monto por los servicios cubiertos.

20. Tiene derecho al respeto, la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
    a. Ser tratado con imparcialidad y respeto.
    b. Saber que sus registros médicos y las conversaciones con sus proveedores se mantendrán privadas y confidenciales.
21. Tiene derecho a usar todos los procesos de queja y apelación disponibles a través de la organización de atención administrada y a través de CHIP.
22. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros de su plan de salud.

Responsabilidades de los miembros

Tanto a usted como al plan de salud les interesa ver que la salud de su hijo mejore. Usted puede ayudar asumiendo las siguientes responsabilidades.

1. Debe tratar de tener hábitos saludables. Aliente a su hijo a que no fume y a que lleve una dieta saludable.
2. Debe participar en las decisiones del médico relacionadas con los tratamientos de su hijo.
3. Debe trabajar junto a los médicos del plan de salud y otros proveedores para escoger los tratamientos para su hijo con los cuales todos hayan estado de acuerdo.
4. Si no está de acuerdo con el plan de salud, primero debe intentar resolverlo usando el proceso de quejas del plan.
5. Debe informarse sobre lo que cubre el plan y lo que no cubre. Lea el Manual para miembros a fin de entender cómo funcionan las reglas.
6. Si concierta una cita para su hijo, debe tratar de llegar al consultorio del médico a tiempo. Si no puede acudir a la cita, asegúrese de llamar para cancelarla.
7. Si su hijo participa en el programa CHIP, usted es responsable de pagar los copagos que les deba a su médico y a otros proveedores.
8. Debe informar el uso indebido de los servicios del programa CHIP por parte de los proveedores de atención médica, otros miembros o planes de salud.
9. Debe hablar con su proveedor sobre los medicamentos que le receten.
10. Debe compartir información sobre su salud con su proveedor de atención primaria y obtener información sobre las opciones de servicio y tratamiento. Esto incluye la responsabilidad de:
    a. Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.
    b. Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención de la salud y formular preguntas sobre las distintas formas en que se pueden tratar sus problemas al respecto.

c. Ayudar a sus proveedores a obtener su historia clínica.

d. Seguir los planes y las instrucciones de atención acordados.

Si cree que ha recibido un trato injusto o que lo han discriminado, llame a la línea gratuita del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services, HHS) al **1-800-368-1019.** En el sitio de Internet **www.hhs.gov/ocr** también puede ver información relacionada con la Oficina de Derechos Civiles del HHS.

Pérdida de elegibilidad

Si pierde la elegibilidad para Medicaid o CHIP, hay recursos comunitarios locales, clínicas y servicios disponibles donde puede recibir atención a un costo reducido o sin costo alguno, dependiendo de sus ingresos o los de su familia.

Autoridades locales de salud mental

Si experimenta una crisis de salud mental, puede recibir atención en una Autoridad Local de Salud Mental (LMHA). Para encontrar su autoridad local de salud mental o salud conductual, puede escribir, llamar o visitar el sitio web del programa:

Dirección postal:

Texas Health and Human Services Commission
Mail Code W358
P.O. Box 149030
Austin, Texas 78714-9030

Teléfono: 1-855-YES-ADRC (855-937-2372)

Sitio web: **resources.hhs.texas.gov/pages/find-services**

Centro de Atención Médica con Certificación Federal

Otras opciones incluyen un Centro de Atención Médica con Certificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHCs). Estas instalaciones brindan atención primaria, que incluye atención de salud conductual, clínicas de salud rurales y otros programas o servicios para comunidades desatendidas. Para encontrar una instalación cerca de usted, visite el sitio web, envíe un correo electrónico o llame:

Sitio web: **findahealthcenter.hrsa.gov**

Email: **TexasPCO@dshs.texas.gov**

Teléfono: 512-776-7518

Programa de Mujeres Saludables de Texas

El Programa de Mujeres Saludables de Texas (Healthy Texas Women, HTW) El programa proporciona exámenes de planificación familiar, exámenes de salud relacionados y control de la natalidad a mujeres de 18 a 44 años cuyos ingresos familiares están en o por debajo de los límites de ingresos del programa (185 por ciento del nivel federal de pobreza). Debe presentar una solicitud para averiguar si puede obtener servicios a través de este programa.

HTW Plus es un paquete mejorado disponible para mujeres inscritas en HTW que han estado embarazadas en los últimos 12 meses. Los beneficios de HTW se proporcionan sin costo e incluyen:

- Tratamiento para la depresión posparto y otras afecciones de salud mental
- Servicios de psicoterapia individual, familiar y grupal
- Tratamiento para los trastornos por uso de sustancias, incluido el consumo de drogas, alcohol y tabaco
- Detección, intervención breve y derivación para tratamiento (SBIRT)
- Asesoramiento ambulatorio sobre el uso de sustancias, servicios para dejar de fumar, tratamiento asistido por medicamentos (MAT) y servicios especializados entre pares

Hable con su coordinador de servicios para obtener más información sobre HTW Plus. También puede escribir, llamar o visitar el sitio web del programa:

Dirección postal:

Healthy Texas Women
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902

Teléfono: 1-800-335-8957

Sitio web: **https://www.healthytexaswomen.org/**

Servicios para Miembros está listo para ayudarlo con preguntas adicionales, incluidas referencias y recursos.

Quejas y apelaciones

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿Con quién debo comunicarme?

Deseamos ayudarlo. Si tiene una queja, llámenos de forma gratuita al **1-888-887-9003** para contarnos su problema. Un defensor de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a presentar una queja. Simplemente llame al **1-888-887-9003.** La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o como máximo a los pocos días.

Una vez que haya pasado por el proceso de quejas de UnitedHealthcare Community Plan, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, TDI) llamando al número gratuito 1-800-252-3439, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Si desea presentar su queja por escrito, escriba a la siguiente dirección:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection
P.O. Box 149091
Austin, Texas 78714-9091

Si puede acceder a Internet, puede presentar su queja en **hhs.texas.gov/managed-care-help**.

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una queja?

Sí, un representante del Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a presentar una queja. Simplemente llame al **1-888-887-9003.** La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o como máximo a los pocos días.

¿Cuánto tiempo tardará procesar mi queja?

La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o como máximo a los pocos días. Recibirá una carta con la respuesta dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la queja ante UnitedHealthcare Community Plan.

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?

No hay un límite de tiempo para presentar una queja en UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta de respuesta en la que se informará qué hicimos con respecto a su queja.

¿Tengo derecho a reunirme con un Panel de apelaciones de quejas?

Si presenta una queja por usted o su hijo y no obtuvo el resultado que pensó que obtendría, tiende derecho a presentar una apelación. Cuando presente su apelación, recibirá información acerca de que el Panel de apelaciones de quejas está analizando su inquietud. Este panel está compuesto por médicos, otros proveedores y miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué es una revisión especializada?

Una revisión especializada es una revisión en la que un proveedor que se especializa en el tipo de atención que el proveedor de su hijo solicitó analiza el caso de su hijo. El proveedor de su hijo puede solicitarla:

- Como parte de su apelación después de la primera carta que le enviemos para informarle que no pagaremos la totalidad o parte de la atención solicitada. El proveedor de su hijo debe solicitarla dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha en que recibamos su solicitud de apelación.
- Si se rechaza su apelación y no se solicitó una revisión especializada con la apelación. El proveedor de su hijo puede solicitar una revisión especializada dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha de la carta de denegación de la apelación.

Cuando recibamos la solicitud de revisión especializada, le enviaremos una carta en un plazo de 5 días hábiles. En esta carta le informaremos que recibimos la solicitud de revisión especializada. Le enviaremos una carta con la decisión en un plazo de 15 días hábiles a partir de la fecha en que recibamos la solicitud. Esta carta tendrá nuestra decisión final. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una revisión externa independiente.

¿A qué dirección postal puedo enviar una queja?

Para quejas por escrito, envíe su carta a UnitedHealthcare Community Plan. En la carta debe indicar su nombre, su número de identificación de miembro, su número de teléfono y dirección, y el motivo de su queja. Envíe su carta a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Qué puedo hacer si el médico de mi hijo solicita un servicio para este que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o limita?

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si un servicio cubierto solicitado por el PCP de su hijo es denegado, demorado, limitado o interrumpido. Si no está conforme con la decisión, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** y solicitar una apelación. Grabaremos su solicitud verbal. Luego, se transcribirá la grabación y se la convertirá en una solicitud por escrito. Le enviaremos un formulario para que complete, firme y nos lo devuelva lo antes posible.

¿Cómo puedo saber si los servicios se denegaron?

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si un servicio cubierto solicitado por el PCP de su hijo es denegado, demorado, limitado o interrumpido.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

UnitedHealthcare Community Plan tiene hasta 30 días calendario para decidir si su solicitud de atención es médicamente necesaria y está cubierta. Le enviaremos una carta relacionada con nuestra decisión dentro de los 30 días. En algunos casos, tiene derecho a que tomemos una decisión en el lapso de un día hábil. Si su proveedor lo solicita, debemos tomar una decisión rápida. Puede obtener una decisión rápida si su salud o sus capacidades funcionales podrían verse perjudicadas gravemente por esperar. Además, tiene derecho a elegir una revisión rápida de una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO).

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Puede solicitar una apelación siempre que no esté de acuerdo con una decisión de UnitedHealthcare Community Plan en relación con una decisión de denegar los servicios o la atención para usted o su hijo.

¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?

Su solicitud no tiene que ser por escrito. Si desea enviar una solicitud de apelación por escrito, puede enviarla por correo a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

No se permiten las represalias

UnitedHealthcare Community Plan no sancionará a un miembro, médico o proveedor por presentar una queja contra UnitedHealthcare Community Plan.

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a presentar una apelación?

El personal de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo a presentar una apelación. Puede pedirles que le ayuden cuando llame al **1-888-887-9003.**

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada tiene lugar cuando el plan de salud debe tomar una decisión rápidamente debido a su afección de salud, y cuando el tiempo requerido para tomar una decisión de una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Puede solicitar este tipo de apelación por escrito o por teléfono. Asegúrese de escribir "Deseo una decisión rápida o una apelación acelerada" o "Considero que la salud de mi hijo podría verse perjudicada al esperar una decisión estándar".

Para solicitar una decisión rápida por teléfono, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

¿Tengo que presentar mi solicitud de apelación acelerada por escrito?

Podemos grabar su solicitud oral. Se transcribirá la grabación y se la convertirá en una solicitud por escrito. Si desea enviar por correo una solicitud de apelación por escrito, puede enviarla por correo a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

UnitedHealthcare Community Plan debe decidir este tipo de apelación en un día hábil a partir de la fecha en que reciba la información y la solicitud.

¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza la solicitud de apelación acelerada?

Si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una apelación acelerada, la apelación se procesará siguiendo el proceso normal de apelaciones y se resolverá dentro de los 30 días. Recibirá una carta en la que se explicarán los motivos y qué otras opciones podría tener.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación o una apelación acelerada?

Si usted o su hijo está hospitalizado, pídale a una persona que lo ayude a enviar por correo este tipo de apelación, o que llame en su nombre para solicitar dicha apelación. También puede llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** y pedirle a alguien que lo ayude a iniciar una apelación o pedirles a su médico o al médico de su hijo que lo hagan por usted.

¿Qué es una Organización de Revisión Independiente (IRO)?

Una Organización de Revisión Independiente (IRO) es una organización externa que revisa la denegación de su plan de salud de un servicio que usted y su médico consideran médicamente necesario. Esta organización no está relacionada con su médico ni con su plan de salud. Esta revisión independiente no tiene costo alguno para usted.

Puede solicitar una revisión por parte de una IRO después de completar el proceso de apelación. La IRO es el nivel final de apelación para una determinación adversa.

¿Cómo solicito una IRO?

Si elige una IRO, puede comunicarse con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

¿Cuáles son los plazos para este proceso?

Cuando UnitedHealthcare Community Plan recibe su solicitud, la enviamos a la IRO dentro de los 5 días calendario.

Trabajamos con la IRO para brindarle toda la información sobre su caso. La IRO informará a UnitedHealthcare Community y a USTED su decisión. Esta decisión es final y UnitedHealthcare Community Plan trabajará con usted y los proveedores de su hijo para hacer lo que la IRO indique que debe hacerse.

Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitar y obtener esta información cada año:

- Información sobre proveedores de la red: como mínimo, información sobre médicos de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas hablados (que no sean inglés) de cada proveedor de la red, además de la identificación de proveedores que no aceptan nuevos pacientes y, cuando corresponda, calificaciones profesionales, especialidad, facultad de medicina a la que asistió, fecha de finalización de la residencia y estado de la certificación de la junta médica.
- Restricciones sobre la libertad de elección del miembro entre los proveedores de la red
- Derechos y responsabilidades de los miembros
- Información sobre procedimientos de quejas, apelaciones y audiencias imparciales
- Cantidad, duración y alcance de los beneficios según el contrato con los detalles suficientes como para garantizar que los miembros obtengan información sobre los beneficios a los que tienen derecho
- Cómo obtener beneficios, incluidos los requisitos de autorización
- Cómo pueden obtener beneficios los miembros, incluidos los servicios de planificación familiar, de proveedores fuera de la red o límites a esos beneficios
- De qué manera se brinda la cobertura de servicios de emergencia o fuera del horario de atención y los límites para estos beneficios, incluido lo siguiente:
  - Qué constituyen afecciones médicas de emergencia, servicios de emergencia y servicios posteriores a la estabilización;
  - El hecho de que no se requiere autorización previa para los servicios de atención de emergencia;
  - Cómo obtener servicios de emergencia, incluido el uso del sistema de **9-1-1** o su equivalente local;
  - Ubicación de las instalaciones de emergencia y otras ubicaciones donde proveedores y hospitales suministran servicios de emergencia que cuentan con cobertura conforme al contrato;
  - El miembro tiene derecho a usar cualquier hospital u otros entornos para obtener atención de emergencia; y
  - Reglas de los servicios posteriores a la estabilización.

- Política sobre referidos para la atención de especialistas y para otros beneficios que no son ofrecidos por el PCP del miembro
- Guía sobre las prácticas de UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan debe proporcionar información a los miembros sobre cómo evalúa las nuevas tecnologías para su inclusión como un beneficio cubierto. UnitedHealthcare revisa los nuevos procedimientos y dispositivos para determinar si son seguros y eficaces para los miembros. Si se determina que son seguros y eficaces, pueden estar cubiertos. Si la nueva tecnología se convierte en un servicio cubierto, seguirá las normas del plan, incluida la necesidad médica. Puede publicar esta información en boletines informativos, folletos para miembros u otros materiales para miembros. Si opta por boletines informativos, UnitedHealthcare Community Plan debe publicar esta información cada año.

Cambios importantes relacionados con los pagos realizados a médicos y proveedores

UnitedHealthcare Community Plan informará a los miembros por escrito si se realizan cambios importantes en relación con el pago a sus médicos y proveedores. Los miembros recibirán información sobre los cambios dentro de los 30 días. El anuncio incluirá información sobre cómo se modificó el pago y cuál será el nuevo pago.

¿Desea denunciar un malgasto, abuso o fraude en el programa CHIP?

Infórmenos si considera que un médico, un dentista, un farmacéutico en una farmacia, otro proveedor de atención médica o una persona que recibe beneficios de CHIP no está actuando de forma correcta, ya que esto podría constituir malgasto, abuso o fraude y está prohibido por la ley. Por ejemplo, infórmenos si cree que alguien:

- Está recibiendo un pago por servicios de CHIP que no se prestaron o que no fueron necesarios;
- No está diciendo la verdad sobre una afección médica para obtener tratamiento médico;
- Está dejando que otra persona use una identificación de CHIP;
- Usando la identificación de CHIP de otra persona;
- No está diciendo la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para obtener beneficios.

Para denunciar una situación de malgasto, abuso o fraude, elija una de las siguientes opciones:

- Llame a la línea de la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite **https://oig.hhs.texas.gov/** y en la casilla que dice "I want to" (Quiero), haga clic en "Report Waste, Abuse, and Fraud" (Denunciar malgasto, abuso y fraude) para completar el formulario en línea; o
- Puede denunciar directamente a su plan de salud en:

  UnitedHealthcare Community Plan
  2950 North Loop W, Suite 200
  Houston, TX 77092-8843
  1-888-887-9003

Para denunciar una situación de malgasto, abuso o fraude, recopile toda la información que pueda

Al informar sobre un proveedor (un médico, dentista, asesor, etc.), incluya lo siguiente:

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
- Nombre y dirección del centro (hospital, residencia para ancianos, agencia de salud en el hogar, etc.)
- El número de CHIP del proveedor y del centro, si los conoce
- Tipo de proveedor (médico, fisioterapeuta, farmacéutico, etc.)
- Nombres y números de teléfono de otros testigos que pueden contribuir a la investigación
- Fechas de los eventos
- Un resumen de lo que sucedió

Al informar sobre alguien que recibe beneficios, incluya lo siguiente:

- El nombre de la persona
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o el número de caso, si lo conoce
- Ciudad donde vive la persona
- Detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude

Tiene derecho a recibir un trato respetuoso y digno, incluso a no experimentar abusos, negligencia ni explotación

¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación?

El abuso es un daño mental, emocional, físico o sexual, o no prevenir dicho daño.

La negligencia provoca inanición, deshidratación, sobremedicación o submedicación, condiciones de vida insalubres, etc. La negligencia también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La explotación es el uso indebido de los recursos de otra persona para obtener un beneficio personal o monetario. Esto incluye apropiarse de cheques del Seguro Social o Ingresos del Seguro Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y apropiarse de bienes y otros recursos.

Cómo denunciar el abuso, la negligencia y la explotación

La ley exige que usted denuncie sospechas de abuso, negligencia o explotación, incluido el uso no aprobado de restricciones o medidas de aislamiento por parte de un proveedor. Llame al **9-1-1** en caso de situaciones potencialmente mortales o de emergencia.

Denunciar por vía electrónica (que no sea de emergencia)

Visite **https://txabusehotline.org**. Este es un sitio web seguro. Deberá crear una cuenta y un perfil protegidos con contraseña.

Información útil para hacer una denuncia

Al denunciar abuso, negligencia o explotación, es útil tener los nombres, edades, direcciones y números de teléfono de todas las personas involucradas.

Glosario de terminología de atención administrada

Apelación: una solicitud para que su Organización de Atención Administrada vuelva a revisar una denegación o una queja formal.

Queja: una queja formal que usted comunica a su aseguradora o plan de salud.

Copago: monto fijo (por ejemplo, $15) que paga por un servicio de atención de la salud cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio cubierto.

Equipo Médico Duradero: equipo solicitado por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura de Equipo Médico Duradero puede incluir, entre otros, equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para personas con diabetes.

Afección Médica de Emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños.

Transporte Médico de Emergencia: servicios de ambulancia terrestre o aérea para una Afección Médica de Emergencia.

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

Servicios de Emergencia: evaluación de una Afección Médica de Emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios Excluidos: servicios de atención de la salud que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Queja Formal: una queja a su aseguradora o plan de salud.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere admisión como paciente hospitalizado y generalmente requiere una estadía nocturna.

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

Médicamente Necesario: servicio o suministro de atención de la salud necesario para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumple con los estándares de medicina aceptados.

Red: los centros, proveedores y prestadores que su aseguradora o plan de salud contrató para brindar servicios de atención de la salud.

Proveedor No Participante: un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora de salud o plan para proporcionarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora de salud o plan para obtener servicios de un Proveedor No Participante en lugar de un Proveedor Participante. En casos limitados, como cuando no hay otros proveedores, su aseguradora de salud puede cubrir el costo de las visitas a un Proveedor No Participante.

Proveedor Participante: un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora de salud o plan para proporcionarle servicios cubiertos.

Servicios del Médico: servicios de atención de la salud que un médico autorizado (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]) proporciona o coordina.

Plan: un beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención de la salud.

Autorización Previa: decisión de su aseguradora o plan de salud de que un servicio de atención de la salud, plan de tratamiento, medicamento con receta o Equipo Médico Duradero que usted o su proveedor hayan solicitado es Médicamente Necesario. Esta decisión o aprobación, a veces denominada autorización previa, aprobación previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no constituye una promesa de que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Cobertura de Medicamentos con Receta: seguro de salud o plan que ayuda a pagar los Medicamentos con Receta.

Medicamentos con Receta: medicamentos que requieren una receta en virtud de la ley.

Médico de Cabecera: un médico (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de Atención Primaria: un médico (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]), miembro del personal de enfermería practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o facilita el acceso de un paciente a una variedad de servicios de atención de la salud.

Otros detalles del plan

Proveedor: un médico (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]), profesional de atención médica o centro de atención de la salud con licencia, certificado o acreditado, según lo exija la ley estatal.

Servicios y Dispositivos de Rehabilitación: servicios de atención de la salud, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que una persona estaba enferma, herida o discapacitada.

Atención de Enfermería Especializada: servicios de personal de enfermería con licencia en su propio hogar o en un hogar de ancianos.

Especialista: un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Atención de Urgencia: atención para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

Vigente a partir del 1.° de enero de 2025

Por ley, debemos[1] proteger la privacidad de su información de salud (health information, "HI"). Debemos enviarle este aviso. Le informa lo siguiente:

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

Por ley, debemos respetar los términos de nuestro aviso actual.

La HI es información sobre su salud o servicios médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso sobre prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Cualquier cambio en el aviso se aplicará a toda la HI que tengamos. Le notificaremos si ocurre una filtración de su HI. Recopilamos y conservamos su HI para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La HI puede ser verbal, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su HI a empleados y proveedores de servicios, y mantenemos salvaguardas para protegerla.

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su HI con las siguientes personas o entidades:

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

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

- **Para pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamaciones. Por ejemplo, podemos decirle a un médico si pagaremos por determinados procedimientos médicos y qué porcentaje de la factura puede estar cubierto.

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

Podemos recopilar, usar y compartir su HI de la siguiente forma.

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

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

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

Sus derechos

Tiene los siguientes derechos sobre su información médica.

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

- **Obtener una copia en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En algunos estados, puede tener derecho a solicitar que eliminemos su HI.** Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su HI. Responderemos su solicitud en el momento en que debamos hacerlo en virtud de la ley. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo usar sus derechos

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

También puede notificarle al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Si presenta una queja, no tomaremos ninguna medida en su contra.

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

Aviso de Privacidad de Información Financiera

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

Vigente a partir del 1.° de enero de 2025

Nosotros[2] protegemos su "información financiera personal" (personal financial information, "FI"). La FI no es información médica. La FI le identifica y no está generalmente disponible al público.

Información que recopilamos

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

Divulgación de FI

Solo compartiremos FI según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Preguntas sobre este aviso

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

[2]Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de Información Financiera, "nosotros" o "nos" se refiere a los planes de salud afiliados a UnitedHealth Group y a las siguientes afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; and USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de Información Financiera solo tiene vigencia si lo exige la ley. Específicamente, no se aplica a (1) productos de seguros de atención de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite **https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2**.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia de idiomas y formatos alternativos: https://link.edgepilot.com/s/bc747c24/8_cYzBjMH0uAp_EkWNHjCw?u=https://www.uhc.com/communityplan/non-discrimination-notice

Política antidiscriminación

Nuestras compañías cumplen con las leyes de derechos civiles aplicables y no discriminan por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (conforme a 45 CFR § 92.101(a)(2)). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos asistencia gratis para facilitar contactarnos. Puede solicitar intérpretes y/o solicitar las comunicaciones en su idioma, o diferentes formatos incluyendo letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar un reclamo al coordinador de derechos civiles:

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Optum Civil Rights Coordinator
1 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344

Optum_Civil_Rights@Optum.com

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

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.:

Sitio web: **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**

Teléfono: **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)

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

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

Este aviso está disponible en: **https://www.uhc.com/nondiscrimination-med**
https://www.optum.com/en/language-assistance-nondiscrimination.html

CSTX27MD0397388_000

Notice of availability of language assistance services and alternate formats

ATTENTION: Free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Call enrollee services 1-888-887-9003, TTY 711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP), or 1-877-597-7799, TTY 711 (STAR Kids).

ATENCIÓN: Si habla **español** (**Spanish**), tiene acceso a servicios gratuitos de asistencia lingüística y a materiales gratuitos en otros formatos, como letra grande. Llame a servicios para afiliados al 1-888-887-9003, TTY 711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP), o al 1-877-597-7799, TTY 711 (STAR Kids).

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt** (**Vietnamese**), quý vị sẽ nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và nhận các tài liệu truyền thông miễn phí ở các định dạng khác như chữ in lớn. Hãy gọi dịch vụ cho người ghi danh theo số 1-888-887-9003, TTY 711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP), hoặc 1-877-597-7799, TTY 711 (STAR Kids).

注意：如果您說中文 (Chinese)，您可以獲得免費語言協助服務和其他格式（例如大字版）的免費通訊。
請撥打投保人服務專線，電話：1-888-887-9003，聽障專線 (TTY) 711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP)，或1-877-597-7799，TTY 711 (STAR Kids)。

참고: 귀하가 **한국어** (**Korean**) 를 구사하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스와 다른 형식의 무료 커뮤니케이션(예, 큰 활자체로 된 정보)을 이용하실 수 있습니다 가입자 서비스 1-888-887-9003, TTY 711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP) 또는 1-877-597-7799, TTY 711 (STAR Kids) 로 전화하십시오.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية (**Arabic**)، الترجمة العربية للغة فتتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانًا ورسائل مجانية بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بحروف كبيرة. اتصل بخدمات المُسجّل على الرقم 1-888-887-9003، الهاتف النصي 711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP)، أو 1-877-597-7799، الهاتف النصي 711 (STAR Kids).

توجہ فرمائیں: اگر آپ **Urdu** بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات اور دیگر فارمیٹس، جیسے بڑے پرنٹ، میں مفت مواصلات دستیاب ہیں۔ ممبران کی خدمات کو 1-888-887-9003، TTY 711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP)، یا 1-877-597-7799، TTY 711 (STAR Kids) پر کال کریں۔

ATTENTION : si vous parlez **Français** (**French**), des services d’assistance linguistique gratuits et des communications gratuites dans d’autres formats, tels que du texte en gros caractères, sont à votre disposition. Appelez les services aux inscrits au 1-888-887-9003, TTY 711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP) ou au 1-877-597-7799, TTY 711 (STAR Kids).

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng (**Tagalog**), may makukuha kang mga serbisyong libreng tulong sa wika at mga libreng komunikasyon sa mga ibang anyo, tulad ng malaking print. Tawagan ang mga serbisyo sa nagpatala sa 1-888-887-9003, TTY 711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP), o sa 1-877-597-7799, TTY 711 (STAR Kids).

ध्यान दें: यदि आप **हिन्दी** (**Hindi**) बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त भाषा सहायता सेवाएँ और अन्य प्रारूपों में मुफ्त संचार, जैसे कि बड़े प्रिंट, उपलब्ध हैं। नामांकित सेवाओं के लिए 1-888-887-9003, TTY711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP), या 1-877-597-7799, TTY 711 (STAR Kids) पर कॉल

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं **नेपाली** (**Nepali**) बोलुहुन्छ भने, तपाईंलाई निःशुल्क भाषा सहायता सेवा दिइनेछ र ठूलो अक्षरजस्ता अन्य ढाँचामा पनि सूचना उपलब्ध गराइनेछ। भर्ना सेवा (Enrollee Services) मा फोन गर्नुहोस्:1-888-887-9003, TTY 711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP), वा 1-877-597-7799, TTY 711 (STAR Kids).

लक्ष द्याः तुम्ही **मराठी** (**Marathi**) बोलत असाल, तर मोफत भाषा सहाय्य सेवा आणि मोठ्या प्रिंटसारखे इतर स्वरूपातील मोफत संप्रेषण तुमच्यासाठी उपलब्ध आहे. enrollee services यांना 1-888-887-9003, TTY 711 वर (STAR+PLUS, STAR & CHIP) किंवा 1-877-597-7799, TTY 711 वर (STAR Kids) वर कॉल करा.

توجه: اگر به **فارسی** (**Farsi**)، صحبت نمی کنید، خدمات رایگان کمکی زبان و مطالب رایگان در قالب های دیگر، مانند پرینت درشت، برای شما فراهم است. با شماره خدمات ثبتنام شدگان 1-888-887-9003،
TTY 711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP)، یا 1-877-597-7799،
TTY 711 (STAR Kids)تماس بگیرید.

ધ્યાન આપો: જો તમે **ગુજરાતી** (**Gujarati**) બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ અને મોટા પ્રિન્ટ જેવા અન્ય ફોર્મેટમાં નિઃશુલ્ક સંદેશાવ્યવહાર તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. નોંધણી કરાવનાર સેવાઓ 1-888-887-9003, TTY711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP), અથવા 1-877-597-7799, TTY 711 (STAR Kids) પર કૉલ કરો.

గమనిక: ఒకవేళ మీరు **భాష** (**Telugu**) మాట్లాడుతుంటే, ఉచిత భాషా సహాయక సేవలు అలాగే పెద్ద ప్రింట్ వంటి వేరే ఫార్మాట్లలలో ఉచిత కమ్యూనికేషన్స్ మీకు అందుబాటులో ఉంటాయి. ఎన్రోల్ సేవలకు కాల్ చేయండి 1-888-887-9003, TTY 711 (STAR+PLUS, STAR & CHIP), లేదా 1-877-597-7799, TTY 711 (STAR Kids).

Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003;** las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.** También puede visitar nuestro sitio web **UHCCommunityPlan.com**.

UnitedHealthcare Community Plan
Regional Service Delivery Area Office
2950 North Loop W, Suite 200
Houston, TX 77092-8843

UHCCommunityPlan.com

1-888-887-9003, TDD/TTY: **7-1-1** para personas sordas y con dificultades auditivas, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

United Healthcare®
Community Plan

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.


United
Healthcare
Community Plan