Texas – Septiembre de 2026



Le damos la bienvenida a la comunidad

Manual para Miembros de CHIP Perinate (Bebé nonato) de UnitedHealthcare Community Plan

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

United Healthcare®
Community Plan

CHIP | TEXAS Health and Human Services

CSTX27MD0439935_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Servicios para Miembros

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

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

Qué hacer ante 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 cree que tiene una afección médica grave o en la que correrá riesgo su bebé nonato si no recibe atención médica de inmediato.

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. El número gratuito de Servicios para Miembros es **1-888-887-9003,** TDD/TTY: **7-1-1,** para personas 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 **1-888-887-9003**
(de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.)
excepto en los feriados aprobados por el estado
(consulte la página 5) TDD/TTY (para personas 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

NurseLine en todo momento **1-800-850-1267**
Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

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

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**

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.

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

Aspectos destacados del plan de salud

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan como su plan de salud

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan como plan de salud para su bebé nonato. UnitedHealthcare Community Plan, ofrecido por UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C., una organización de atención administrada (Managed Care Organization, MCO), se compromete a ayudarlo a obtener la atención de la salud que su bebé nonato necesita.

Su guía para una buena salud

Lea este "Manual para miembros", aquí encontrará información sobre sus beneficios y los de su bebé nonato. Lo ayudará a usar su plan de salud de forma correcta.

Consulte su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan o la de su bebé nonato. Asegúrese de que toda la información sea correcta. Deseamos lograr que el uso de su plan de salud le resulte fácil. Podemos responder a cualquier pregunta que tenga sobre cómo empezar. Si tiene preguntas, llámenos. El número gratuito de 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.

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 los planes de salud

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de ayuda del Programa Texas CHIP al **1-800-964-2777.**

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® en App Store o Google Play. Ofrece muchas de las mismas características del sitio web seguro para miembros, y puede usar el mismo nombre de usuario y contraseña. Es muy útil cuando se encuentra fuera de su hogar. Está diseñada para personas que se encuentran fuera del hogar e incluye muchas de las mismas características que el sitio web para miembros. Encuéntrela en la 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 del 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 o es sordo y tiene dificultades auditivas y necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o TDD/TTY: **7-1-1** para 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: **www.UHCCommunityPlan.com**

¿Qué es Servicios para Miembros?

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

- Servicios cubiertos
- Beneficios adicionales
- Presentación de quejas
- 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**

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan 3

Su guía para una buena salud 3

Qué esperar de UnitedHealthcare Community Plan a continuación 3

Sus proveedores de salud 4

Servicios de idiomas e intérpretes 5

Ubicación de nuestras oficinas 5

¿Qué es Servicios para Miembros? 5

Tarjetas de identificación (ID) de miembros 11

Cómo usar su tarjeta de identificación 12

Cómo reemplazar su tarjeta si la pierde 12

Visitas al médico **13**

¿Cómo elijo un proveedor perinatal? ¿Necesitaré un referido para esto? 13

¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de contactar a un proveedor perinatal para una cita? 13

¿Puedo seguir con mi proveedor de CHIP Perinate si no está en mi plan de salud? . . 13

¿Qué sucede si visito a otro médico que no es mi proveedor de CHIP Perinate? 13

¿Qué debo llevar a la cita con un proveedor perinatal? 13

¿Puede una clínica ser un proveedor perinatal? 14

¿Cómo recibo atención fuera del horario regular? 14

Cambio de planes de salud para miembros de CHIP Perinate 14

¿Qué sucede si deseo cambiar los planes de salud? 14

¿A quién llamo? 15

Inscripción simultánea de familiares en la cobertura de CHIP y CHIP Perinate y Medicaid para ciertos recién nacidos 15

Beneficios y servicios **16**

¿Cuánto debo pagar por los servicios de salud? 16

¿Qué son los copagos? 16

¿Cuánto cuestan y cuándo tengo que pagarlos? 16

¿Qué beneficios recibe mi bebé al nacer? 17

¿Qué servicios no están cubiertos? 17

¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro de UnitedHealthcare Community Plan? 19

¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinate de mi bebé nonato? 23

¿Cómo obtengo estos servicios? 23

¿Qué sucede si necesito servicios que no están cubiertos por el programa CHIP Perinate? 33

¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados para mi bebé nonato? 33

¿Cómo encuentro una farmacia de la red? 33

¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la red? 33

¿Qué debo llevar a la farmacia? 33

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos? 33

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos recetados? 33

¿Qué sucede si no puedo obtener aprobación para el medicamento que me indicó mi médico? 34

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos? 34

¿Qué sucede si necesito un medicamento de venta libre? 34

¿Qué servicios NO están cubiertos por CHIP Perinate? 34

¿Cuánto tengo que pagar por la atención de la salud de mi bebé nonato en virtud de CHIP Perinate? 36

¿Tendré que pagar los servicios que no están cubiertos? 36

Clases de educación sobre la salud y otros recursos para miembros de CHIP Perinate 37

Intervención para la niñez temprana (ECI) 37

Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC) 38

Otros detalles del plan **40**

Miembros de CHIP Perinate (bebé nonato) 40

¿Qué significa “médicamente necesario”? 40

¿Qué es atención médica de rutina y cuán pronto puedo esperar ser atendido? 41

¿Qué es atención médica de urgencia y cuán pronto puedo esperar ser atendido? . 41

¿Qué es una emergencia y una afección médica de emergencia? 41

¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia? 42

¿Cuán pronto puedo esperar ser atendido en una emergencia? 42

¿Cómo obtengo atención de la salud cuando el consultorio de mi médico está cerrado? 42

¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje? ¿Qué sucede si estoy fuera del estado? 42

¿Qué sucede si estoy fuera del país? 42

¿Qué es un referido? 43

¿Qué servicios no necesitan un referido? 43

¿Qué sucede si necesito servicios que no están cubiertos por CHIP Perinate? 43

¿Cómo obtengo mis medicamentos? 43

¿Cómo encuentro una farmacia de la red? 43

¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la red? 43

¿Qué debo llevar a la farmacia? 44

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos? 44

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos? 44

¿Qué sucede si no puedo obtener la aprobación de mis medicamentos recetados? 44

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos? 44

¿Qué sucede si necesito un medicamento de venta libre? 44

¿Es posible contar con un intérprete cuando hable con mi proveedor perinatal? ¿Con quién me comunico para solicitar un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo llamar? 45

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor? 45

¿Cómo elijo un proveedor perinatal? ¿Necesitaré un referido para esto? 45

¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de contactar a un proveedor perinatal para una cita? 45

¿Puedo seguir con mi proveedor de CHIP Perinate si no está en mi plan de salud? . . 46

¿Qué sucede si recibo una factura de un proveedor perinatal? ¿Qué información necesitarán? ¿A quién llamo? 46

¿Qué debo hacer si me mudo? 46

Derechos y responsabilidades de los miembros de CHIP Perinate 47

Derechos de los miembros 47

Responsabilidades de los miembros. 48

¿Cuándo finaliza la cobertura de CHIP Perinate? 49

¿El estado me enviará algo cuando finalice mi cobertura de CHIP Perinate? 49

¿Cómo funciona la renovación para CHIP Perinate? 49

¿Puedo elegir el proveedor de atención primaria de mi bebé antes de que nazca? ¿A quién llamo? ¿Qué información necesitan? 49

Quejas y apelaciones 50

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién llamo? 50

Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme? 50

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme para presentar una queja? 50

¿Cuánto tiempo tardará en procesarse mi queja? 50

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja? 50

¿Tengo derecho a reunirme con un Panel de apelaciones de quejas? 51

¿Qué es una revisión especializada? 51

¿A qué dirección postal puedo enviar una queja? 51

Programa de defensoría 52

¿Qué puedo hacer si el médico de mi hijo solicita un servicio para mi hijo que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o limita? 52

¿Cómo puedo saber si los servicios se denegaron? 52

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación? 52

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación? 52
¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito? 53
No se permiten las represalias 53
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme para presentar una apelación? 53
¿Qué es una apelación acelerada? 53
¿Cómo solicito una apelación acelerada? 53
¿Tengo que presentar mi solicitud de apelación acelerada por escrito? 53
¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada? 54
¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza la solicitud de apelación acelerada? 54
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación o una apelación acelerada? . . . 54
¿Qué es una organización de revisión independiente (IRO)? 54
¿Cómo solicito una IRO? 54
¿Cuáles son los plazos para este proceso? 54
Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información 55
¿Desea denunciar un malgasto, abuso o fraude en el programa CHIP? 56
Glosario de terminología de atención administrada 59

Tarjetas de identificación (ID) de miembros

Cada persona que se convierte en miembro de UnitedHealthcare Community Plan recibe una tarjeta de identificación de miembro. La tarjeta de identificación les brinda al médico y al personal del consultorio información importante sobre usted o su hijo. Usted o su hijo obtendrán una nueva tarjeta de identificación si su médico general (Primary Care Physician, PCP) o el de su hijo cambia o si alcanzan los límites de copago familiar.

Verifique su tarjeta para asegurarse de que la información sea correcta.

Las tarjetas de identificación de miembro de CHIP Perinate no incluirán el nombre de un PCP.

Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan

Su tarjeta de identificación dirá CHIP y tendrá el logotipo de UnitedHealthcare Community Plan. Esto le informará a su proveedor de atención médica que usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinate (bebé nonato)


UnitedHealthcare Community Plan
CHIP We've got your kids covered. Perinate Member
TDI
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04
Member ID/ID del Miembro: 999994193 Group/grupo: TXCHIP
Member/Miembro:
NEW G ENGLISH
Payer ID/ID del Pagador : 87726
OPTUMRx
Rx Bin: 610494
Rx GRP: ACUTX
Rx PCN: 9999
Effective Date/
Fecha de vigencia
11/01/2011
Copay/Copago:
No copay or cost sharing/No se aplican copagos ni participación en los costos
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
This card does not guarantee coverage. Esta tarjeta no garantiza la cobertura.
En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.
Hospital Facilities Billing: Category A: Bill TMHP (0-185% FPL)
Category B: Bill UnitedHealthcare Community Plan (185-200% FPL)
Professional/Other Services Billing: UnitedHealthcare Community Plan
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 su tarjeta de identificación

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

Su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan o la de su hijo están en inglés y español, y contienen la siguiente información:

- Nombre del miembro
- Número de identificación del miembro
- Número gratuito de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan (**1-888-887-9003,** para personas con dificultades auditivas TDD/TTY: **7-1-1**)
- Instrucciones sobre qué hacer en caso de emergencia

Cómo reemplazar su tarjeta si la pierde

Si pierde su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan, llame de inmediato a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** y le enviarán una tarjeta nueva. Llame a TDD/TTY: **7-1-1** para personas con dificultades auditivas.

Recuerde llevar con usted su tarjeta de identificación y presentarla siempre que obtenga servicios. Su proveedor necesitará la información contenida en la tarjeta para averiguar qué cobertura tiene.

Visitas al médico

¿Cómo elijo un proveedor perinatal? ¿Necesitaré un referido para esto?

Si necesita ayuda para elegir un proveedor perinatal, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003.** No necesitará un referido para este servicio.

¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de contactar a un proveedor perinatal para una cita?

Debería poder ver a su proveedor perinatal dentro de un plazo de dos semanas luego de haberlo llamado. Si tiene algún problema para conseguir una cita dentro de las dos semanas de llamar a su proveedor perinatal, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

¿Puedo seguir con mi proveedor de CHIP Perinate si no está en mi plan de salud?

Debe intentar elegir un proveedor de CHIP Perinate que esté dentro de la red de proveedores de CHIP Perinate del plan de salud. Si le quedan 16 semanas o menos antes de la fecha prevista de parto, puede conservar su proveedor perinatal actual durante toda la revisión posparto, incluso si el proveedor perinatal está fuera de la red o sale de esta. Comuníquese con Servicios para Miembros.

¿Qué sucede si visito a otro médico que no es mi proveedor de CHIP Perinate?

Excepto en casos de emergencia, siempre llame a su proveedor de CHIP Perinate antes de acudir a otro médico o al hospital. Puede comunicarse con su proveedor de CHIP Perinate o con su médico de respaldo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si visita a otro médico que no es su proveedor de CHIP Perinate, es posible que deba pagar la factura. Si su atención de emergencia no está relacionada con el trabajo de parto para dar a luz a su hijo, deberá solicitar Medicaid de emergencia o pagar los servicios usted mismo.

¿Qué debo llevar a la cita con un proveedor perinatal?

Cuando vaya a su visita, 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 recetados o a base de hierbas que esté tomando.

¿Puede una clínica ser un proveedor perinatal?

Su proveedor perinatal puede ser un médico, una clínica, un centro médico 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 recibo atención fuera del horario regular?

Llame a su médico especialista en embarazos. Si no puede comunicarse con su médico 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.

Cambio de planes de salud para miembros de CHIP Perinate

- **Atención:** Si cumple con ciertos requisitos de ingresos, su bebé pasará a Medicaid y obtendrá 12 meses de cobertura continua de Medicaid desde la fecha de nacimiento.
- Su bebé continuará recibiendo servicios a través del Programa CHIP si usted cumple con los requisitos de CHIP Perinate. Su bebé recibirá 12 meses de cobertura perinatal continua de CHIP Perinate a través de su plan de salud, a partir del mes en que se lo inscriba como bebé nonato.

¿Qué sucede si deseo cambiar los planes de salud?

- Una vez que elija un plan de salud para su bebé nonato, el niño debe permanecer en este plan de salud hasta que finalice la cobertura de CHIP Perinate del niño. La cobertura de CHIP Perinate de 12 meses comienza cuando se inscribe a su bebé nonato en CHIP Perinate y continúa después de que su hijo nazca.
- Si no elige un plan dentro de los 15 días posteriores a la recepción del paquete de inscripción, la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) elegirá un plan de salud para su bebé nonato y le enviará información sobre ese plan de salud. Si la HHSC elige un plan de salud para su bebé nonato, tendrá 90 días para elegir otro plan de salud si no está conforme con el plan que la HHSC elige.

- Los niños deben permanecer en el mismo plan de salud hasta el final del período de inscripción del miembro en CHIP Perinate o hasta el final del período de inscripción de los otros niños, lo que ocurra último. En ese momento, puede elegir un plan de salud diferente para los niños.
- Puede solicitar cambiar planes de salud:
  - Por cualquier motivo dentro de los 90 días de la inscripción en CHIP Perinate;
  - Si se muda a un área de prestación de servicios diferente; y
  - Por una causa justa en cualquier momento.

¿A quién llamo?

Para obtener más información, llame al número gratuito 1-800-964-2777.

Inscripción simultánea de familiares en la cobertura de CHIP y CHIP Perinate y Medicaid para ciertos recién nacidos

Si tiene hijos cubiertos por CHIP, sus planes de salud podrían cambiar una vez que usted sea aprobado para la cobertura de CHIP Perinate. Cuando un miembro de la familia recibe la aprobación para la cobertura el CHIP Perinate y elige un plan de salud perinatal, todos los niños de la familia que estén inscritos en el CHIP deben inscribirse en el plan de salud que proporciona los servicios de CHIP Perinate. Los niños deben permanecer en el mismo plan de salud hasta el final del período de inscripción del miembro en CHIP Perinate o hasta el final del período de inscripción de los otros niños, lo que ocurra último. Entonces, puede elegir un plan de salud diferente para los niños.

Los copagos, los costos compartidos y las tarifas de inscripción aún se aplican a aquellos niños inscritos en el programa CHIP.

Un bebé nonato inscrito en CHIP Perinate pasará a Medicaid y obtendrá 12 meses de cobertura continua de Medicaid desde la fecha de nacimiento si los ingresos de su familia son iguales o inferiores al 185% del nivel federal de pobreza.

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 perinatal continua de CHIP Perinate a través de su plan de salud, a partir del mes en que se lo inscriba como bebé nonato.

Beneficios y servicios

¿Cuánto debo pagar por los servicios de salud?

En la tabla de la página siguiente se muestran 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 este le brinda servicios médicos o medicamentos recetados. No hay copagos para la atención preventiva, como las visitas de bienestar de su hijo o bebé, o las vacunas. Los miembros de CHIP Perinate, los miembros indígenas americanos y los miembros nativos de Alaska no pagan ningún cargo de inscripción ni copago.

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 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.

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

Cuando alcance sus costos de bolsillo anuales, envíe el formulario al CHIP, y el personal nos notificará al respecto. Le emitiremos una nueva tarjeta de identificación de miembro. Esta tarjeta nueva mostrará que no se deben pagar copagos cuando su hijo recibe servicios médicos. Es posible que los miembros de CHIP y CHIP Perinate 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 recetados se pagan al proveedor de atención médica al momento de recibir el servicio. No tiene que pagar copagos por la atención preventiva, como las visitas de bienestar de su hijo o bebé o las vacunas.

No hay copagos para los miembros del Programa CHIP Perinate.

¿Qué beneficios recibe mi bebé al nacer?

Un bebé nonato inscrito en CHIP Perinate pasará a Medicaid para obtener 12 meses de cobertura continua de Medicaid desde la fecha de nacimiento si el niño vive en una familia con ingresos iguales o inferiores al 185% del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL).

Un bebé nonato continuará recibiendo cobertura a través de CHIP Perinate después del nacimiento si vive en una familia con un ingreso superior a entre 185% y 200% del FPL.

¿Qué servicios no están cubiertos?

- Tratamientos de infertilidad para pacientes hospitalizados y ambulatorios o servicios reproductivos que no sean atención prenatal, trabajo de parto y parto, y 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 el daño
- Procedimientos o servicios médicos o quirúrgicos experimentales o en investigación 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 la estancia sea 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 una 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 atención higiénica
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, planos o con esguinces y corte o eliminación de durezas, callos o uñas (esto no se aplica a la eliminación de las raíces de las uñas o el tratamiento quirúrgico de afecciones que se encuentran debajo de durezas, 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, subirse a la cama y bajarse de esta, bañarse, vestirse, alimentarse e ir al baño, preparación de comidas especiales y supervisión de medicamentos que por lo general se autoadministra o son proporcionados 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 centros de cuidados para enfermos terminales.
- Ayuda en casa
- Servicios y atención brindados en centros públicos para afecciones para las cuales las leyes estatales, federales o locales exigen que la atención se preste en un centro público, o atención brindada mientras se está bajo la custodia de las autoridades legales
- Servicios o suministros brindados por personal de enfermería, los cuales no requieren de la habilidad y capacitación de dicho personal
- Entrenamiento de la vista y terapia de la vista

- El reembolso para servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla brindados en la escuela no está cubierto, 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

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

Servicios de valor agregado

Sabemos que la atención de la salud es una gran parte de su vida. Estamos aquí para ayudar a facilitar un poco las cosas. Es por eso que nuestro plan de salud incluye tantos servicios exclusivos 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**.

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 niños de 0 a 17 años deben viajar con un adulto. Llama a SafeRide para reservar tus viajes al **1-866-528-0441** al menos dos días antes de la cita para programar el transporte.

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

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

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.

Monitor de presión arterial

1 monitor de presión arterial gratis para miembros embarazadas de CHIP Perinate con o en riesgo de enfermedad de presión arterial alta.

Condiciones: Los coordinadores de servicio comprueban la necesidad. Uno por embarazo.

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.

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

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 tableta, computadora o teléfono inteligente para acceder al programa.

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 de 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.

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.*

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.*

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

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*.

$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.*

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. Para obtener más información, visite **liveandworkwell.com**.

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

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

Para obtener estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003,** TDD/TTY: **7-1-1.**

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

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

UnitedHealthcare Community Plan puede remitirlo a clases de educación para 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 para la salud.

¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinate de mi bebé nonato?

Excepto en caso de emergencia, primero llame a su proveedor perinatal de CHIP antes de acudir para recibir atención médica. Si su atención de emergencia no está relacionada con el trabajo de parto para dar a luz a su hijo, deberá solicitar Medicaid de emergencia o pagar los servicios usted mismo.

Los servicios cubiertos por CHIP Perinate deben cumplir con la definición de servicios cubiertos médicamente necesarios. No hay un máximo de por vida en los beneficios; sin embargo, se aplican limitaciones de por vida o por un período de inscripción de 12 meses a ciertos servicios. Los copagos no se aplican a los miembros de CHIP Perinate. Los miembros de CHIP Perinate Newborn son elegibles para 12 meses de cobertura continua, a partir del mes de inscripción como recién nacidos en CHIP Perinate.

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

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su proveedor perinatal trabajará con usted para asegurarse de que su bebé nonato reciba los servicios necesarios. Estos servicios **DEBEN** ser proporcionados por su proveedor perinatal o remitidos por su proveedor perinatal a otro proveedor.

Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP Perinate (bebé nonato)
Servicios hospitalarios generales para pacientes agudos y de rehabilitación para pacientes hospitalizados	Para miembros con cobertura de CHIP Perinate en familias con ingresos iguales o inferiores al 185% del nivel federal de pobreza, los cargos del centro no son un beneficio cubierto; sin embargo, los cargos por servicios profesionales asociados con el trabajo de parto y el parto son un beneficio cubierto. Para miembros con cobertura de CHIP Perinate en familias con ingresos superiores a entre 185% y 200% del nivel federal de pobreza, los beneficios se limitan a cargos por servicios profesionales y cargos en centros asociados con el trabajo de parto hasta el nacimiento, y servicios relacionados con abortos espontáneos o un embarazo no viable. Los servicios incluyen lo siguiente: • Salas de operación, recuperación y de otros tratamientos • Anestesia y administración (componente técnico del centro) Los servicios quirúrgicos médicamente necesarios se limitan a servicios que se relacionan directamente con el parto del bebé nonato y servicios relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los 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) son un beneficio cubierto. 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.

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP Perinate (bebé nonato)
Centros de enfermería especializada (incluye hospitales de rehabilitación)	No es un beneficio cubierto.
Hospital para pacientes ambulatorios, hospital de rehabilitación integral de pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención de la salud ambulatoria	Se incluyen los siguientes servicios brindados en una clínica de atención hospitalaria o sala de emergencias, 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 • Fármacos, medicamentos y productos biológicos que son medicamentos recetados e inyecciones médicamente necesarios • 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 Perinate (bebé nonato)
Hospital para pacientes ambulatorios, hospital de rehabilitación integral de pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención de la salud ambulatoria (continuación)	(1) Los servicios de laboratorio y radiológicos se limitan a los servicios relacionados directamente con la atención antes del parto o el parto del bebé cubierto por CHIP Perinate hasta el nacimiento. (2) Las ecografías de útero para embarazadas son un beneficio cubierto cuando están médicamente indicadas. La ecografía puede indicarse para sospechas de anomalías genéticas, embarazo de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal, confirmación de la edad gestacional o aborto espontáneo o embarazo no viable. (3) La amniocentesis, la cordocentesis, la transfusión intrauterina fetal (Fetal Intrauterine Transfusion, FIUT) y el uso de ultrasonido para guiar procedimientos de cordocentesis y FIUT son beneficios cubiertos con un diagnóstico adecuado. (4) Los análisis de laboratorio se limitan a: pruebas sin estrés, contracción, pruebas de estrés, hemoglobina o hematocrito repetidos una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo; o hemograma completo (complete blood count, CBC), análisis de orina para proteínas y glucosa en cada visita, análisis de tipificación sanguínea y análisis de detección de anticuerpos contra HR; repetición de la detección de anticuerpos para mujeres RH negativas a las 28 semanas, seguida de la administración de inmunoglobulina RHO si está indicado; valor de anticuerpos contra la rubéola, serología para sífilis, antígeno de superficie de hepatitis B, estudio citológico del cuello uterino, prueba para la detección del embarazo, prueba de gonorrea, cultivo de orina, prueba de células falciformes, prueba de tuberculosis (TB), detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); prueba de clamidia, otros análisis de laboratorio no especificados, pero que se consideren médicamente necesarios; y pruebas de detección de múltiples marcadores para anomalías del tubo neural (si el cliente inicia la atención entre las semanas 16 y 20); detección de diabetes gestacional a las 24-28 semanas de embarazo; otros análisis de laboratorio según lo indique la afección médica del cliente. (continúa en la página siguiente)

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP Perinate (bebé nonato)
Hospital para pacientes ambulatorios, hospital de rehabilitación integral de pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención de la salud ambulatoria (continuación)	(5) Los servicios quirúrgicos asociados con (a) un aborto espontáneo (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero) son un beneficio cubierto.
Servicios profesionales brindados por médicos/ ayudantes médicos	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Los servicios médicos médicamente necesarios se limitan a la atención prenatal y posparto o al parto del bebé nonato cubierto hasta el nacimiento • 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 medicamente necesarios administrados en el consultorio del médico (continúa en la página siguiente)

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP Perinate (bebé nonato)
Servicios profesionales brindados por médicos/ ayudantes médicos (continuación)	• Componente profesional (pacientes ambulatorios y hospitalizados) de servicios quirúrgicos, incluidos: – Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos directamente relacionados con el trabajo de parto y el parto del bebé nonato cubierto hasta el nacimiento – Administración de anestesia por parte del médico (que no sea el cirujano) o enfermero anestesista registrado (certified registered nurse anesthetist, CRNA) – Procedimientos de diagnóstico invasivos directamente relacionados con el trabajo de parto y el parto del bebé nonato – Servicios quirúrgicos asociados con (a) un aborto espontáneo (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero) • Servicios médicos en un centro hospitalario (incluidos los componentes técnicos y de interpretación realizados por un médico) • Componente profesional de la ecografía de útero para mujeres embarazadas cuando esté médicamente indicada por sospecha de anomalías genéticas, embarazo de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal o confirmación de la edad gestacional • Componente profesional de amniocentesis, cordocentesis, transfusión intrauterina fetal (FIUT) y uso de ultrasonido para guiar procedimientos de amniocentesis, cordocentesis y FIUT • Componente profesional asociado con (a) un aborto espontáneo (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios profesionales 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.

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP Perinate (bebé nonato)
Servicios y suministros familiares previos al embarazo y de atención prenatal	Los servicios se limitan a una visita inicial y visitas de atención prenatal (antes del parto) posteriores que incluyen lo siguiente: 1. Una (1) visita cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo; 2. Una (1) visita cada dos (2) a tres (3) semanas desde las 28 hasta las 36 semanas de embarazo; 3. Una (1) visita por semana desde las 36 semanas hasta el parto. Se permiten visitas más frecuentes según sea médicamente necesario. Los beneficios se limitan a lo siguiente: • Límite de 20 visitas prenatales y dos (2) visitas posparto (máximo dentro de los 60 días) sin documentación de una complicación del embarazo. Es posible que se necesiten visitas más frecuentes para embarazos de alto riesgo. Las visitas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 visitas por embarazo. La documentación que respalde la necesidad médica debe conservarse en los archivos del médico y está sujeta a revisión retrospectiva. Las visitas posteriores a la visita inicial deben incluir lo siguiente: • Antecedentes provisionales (problemas, estado civil, estado fetal) • Examen físico (peso, presión arterial, altura del fondo uterino, posición y tamaño fetales, frecuencia cardíaca fetal, extremidades) • Análisis de laboratorio (análisis de orina para detectar proteínas y glucosa en cada visita; hematocrito o hemoglobina repetidos una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo; prueba de detección de múltiples marcadores para anomalías fetales ofrecida a las 16–20 semanas de embarazo; repetición de la detección de anticuerpos para mujeres RH negativas a las 28 semanas seguida de la administración de inmunoglobulina RHO si está indicado; detección de diabetes gestacional a las 24-28 semanas de embarazo; y otros análisis de laboratorio según lo indique la afección médica del cliente)

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP Perinate (bebé nonato)
Equipo médico duradero (DME), dispositivos protésicos y suministros médicos desechables	No es un beneficio cubierto.
Servicios domiciliarios y comunitarios para la salud	No es un beneficio cubierto.
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	No es un beneficio cubierto.
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	No es un beneficio cubierto.
Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	No es un beneficio cubierto.
Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	No es un beneficio cubierto.

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP Perinate (bebé nonato)
Servicios de rehabilitación	No es un beneficio cubierto.
Servicios de atención para enfermos terminales	No es un beneficio cubierto.
Servicios de emergencia, incluidos hospitales de emergencias, médicos y servicios de ambulancia	MCO no puede exigir la autorización como una condición para el pago por afecciones de emergencia relacionadas con el trabajo de parto y parto. Los servicios cubiertos se limitan a aquellos servicios de emergencia que están directamente relacionados con el parto del bebé nonato hasta el nacimiento. • Servicios de emergencia basados en la definición de una afección médica de emergencia dada por una persona prudente que no es profesional • Examen médico de detección para determinar la emergencia cuando está directamente relacionada con el parto del bebé nonato cubierto • Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y el parto del bebé nonato cubierto • El transporte terrestre, aéreo y acuático de emergencia para el trabajo de parto y la amenaza de trabajo de parto es un beneficio cubierto • El transporte terrestre, aéreo y acuático de emergencia para una emergencia asociada con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero) es un beneficio cubierto Límites del beneficio: Los servicios posteriores al parto o las complicaciones que resulten en la necesidad de servicios de emergencia para la madre del miembro con cobertura de CHIP Perinate no son un beneficio cubierto.

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP Perinate (bebé nonato)
Trasplantes	No es un beneficio cubierto.
Beneficio oftalmológico	No es un beneficio cubierto.
Servicios quiroprácticos	No es un beneficio cubierto.
Programa para dejar de fumar	No es un beneficio cubierto.
Administración de casos y coordinación de la atención	Beneficio cubierto.
Beneficios de medicamentos	No es un beneficio cubierto a menos que se identifique en otra parte de esta tabla.
Servicios de valor agregado	Consulte la sección Beneficios adicionales.

¿Qué sucede si necesito servicios que no están cubiertos por el programa CHIP Perinate?

Si necesita servicios que no están cubiertos por CHIP Perinate, UnitedHealthcare Community Plan intentará ayudarlo a encontrar clínicas o médicos que puedan ayudarlo a obtener esos servicios con descuento o a través de organizaciones comunitarias que podrían ayudarlo. Llame a nuestro personal de Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados para mi bebé nonato?

CHIP Perinate cubre la mayoría de los medicamentos que el médico de su bebé nonato indique que usted necesita. Su médico le dará una receta para que la presente en la farmacia o tal vez pueda enviarla por usted.

No se requieren copagos para los miembros de CHIP Perinate.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Comuníquese con Servicio 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 Servicio 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.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?

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

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos recetados?

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 miembro de UnitedHealthcare Community Plan cuando vaya al médico o a la farmacia.

¿Qué sucede si no puedo obtener aprobación para el medicamento que me indicó mi médico?

Si no puede comunicarse con su médico para que apruebe una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia para tres días de su medicamento. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos.

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?

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

¿Qué sucede si necesito un medicamento de venta libre?

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

¿Qué servicios NO están cubiertos por CHIP Perinate?

- Tratamientos para pacientes hospitalizados y ambulatorios que no sean atención prenatal, trabajo de parto y parto, y atención posparto relacionados con el bebé nonato cubierto hasta el nacimiento. Los servicios relacionados con trabajo de parto prematuro, falso u otro trabajo de parto que no resulte en el parto son servicios excluidos.
- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Equipo médico duradero u otros dispositivos correctivos médicamente relacionados
- Suministros médicos desechables
- Servicios de atención de la salud basados en el hogar y la comunidad
- Servicios de atención de enfermería
- Servicios dentales
- Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados y servicios residenciales de tratamiento por abuso de sustancias
- Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- Fisioterapia, terapia ocupacional y servicios para personas con trastornos del habla, la audición y el lenguaje
- Atención en centros de cuidados para enfermos terminales
- Centro de enfermería especializada y servicios hospitalarios de rehabilitación
- Servicios de emergencia que no estén directamente relacionados con el parto del bebé nonato cubierto
- Servicios de trasplante

- Programas para dejar de fumar
- Servicios quiroprácticos
- Transporte médico no relacionado directamente con el trabajo de parto o amenaza de trabajo de parto o parto del bebé nonato cubierto
- 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 relacionado con el trabajo de parto y el parto o la atención posparto
- Procedimientos o servicios médicos o quirúrgicos experimentales o en investigación 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 la estancia es únicamente para fines de pruebas de diagnóstico y no para trabajo de parto y parto
- 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
- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan de salud, excepto por la atención de emergencia relacionada con el trabajo de parto y el parto del bebé nonato cubierto
- Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos proporcionados para el control del peso o el tratamiento de la obesidad
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia
- Vacunas solo para viajes al extranjero
- Cuidado de los pies de rutina, como atención higiénica
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, planos o con esguinces y corte o eliminación de durezas, callos o uñas (esto no se aplica a la eliminación de las raíces de las uñas o el tratamiento quirúrgico de afecciones que se encuentran debajo de durezas, callos o uñas encarnadas)

- Zapatos ortopédicos correctivos
- Artículos de tocador
- Dispositivo ortopédico utilizado principalmente para fines atléticos o recreativos
- Atención de custodia. (Cuidados que brindan asistencia con las actividades de la vida diaria, como asistencia para caminar, subirse a la cama y bajarse de esta, bañarse, vestirse, alimentarse e ir al baño, preparación de comidas especiales y supervisión de medicamentos que por lo general se autoadministra o son proporcionados por un cuidador. Estos cuidados no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado).
- Ayuda en casa
- Servicios y atención brindados en centros públicos para afecciones para las cuales las leyes estatales, federales o locales exigen que la atención se preste en un centro público, o atención brindada mientras se está bajo la custodia de las autoridades legales
- Servicios o suministros brindados por personal de enfermería, los cuales no requieren de la habilidad y capacitación de dicho personal
- Entrenamiento de la vista, terapia de la vista o servicios de la vista
- El reembolso para servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla brindados en la escuela no está cubierto
- Gastos no médicos del donante
- Cargos incurridos como donante de un órgano

¿Cuánto tengo que pagar por la atención de la salud de mi bebé nonato en virtud de CHIP Perinate?

No se paga ningún copago por la atención preventiva, como las visitas de bienestar de su hijo o bebé o las vacunas. Los miembros de CHIP Perinate y Newborn, los miembros indígenas americanos y los miembros nativos de Alaska no pagan ningún cargo de inscripción ni copago.

Es posible que los miembros de CHIP Perinate tengan que pagar los servicios no cubiertos.

¿Tendré que pagar los servicios que no están cubiertos?

CHIP Perinate solo paga los beneficios cubiertos en virtud del Programa. Si recibe servicios o suministros no cubiertos, es posible que deba pagar por estos. Cuando vaya al hospital, es posible que deba solicitar Medicaid de emergencia para pagar su estancia en el hospital. Si no solicita Medicaid de emergencia y CHIP Perinate no cubre su estancia en el hospital, es posible que deba pagar su estancia en el hospital.

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

Intervención para la niñez temprana (ECI)

¿Qué es la intervención para la niñez temprana?

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:

- 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 basados en la comunidad
- Las familias de todos los niveles de ingresos reciben servicios de ECI

¿Necesito un referido para esto?

Cualquier persona puede darle 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 asistencia.

Un niño que ya tiene una afección diagnosticada médicamente, la cual tiene una alta probabilidad de resultar en un retraso en el desarrollo, califica automáticamente para ECI. Llame a su Coordinador de Servicios al **1-877-352-7798** para obtener asistencia.

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 asistencia.

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 del lenguaje

¿Los servicios de 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 de 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, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)

¿Qué es WIC?

WIC es un programa para mujeres embarazadas, madres primerizas y 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
- Mujeres que están amamantando un bebé menor de 1 año
- Mujeres que tuvieron un bebé en los últimos 6 meses
- Niños menores de 5 años que cumplen con los requisitos de ingresos
- Padres/madres (incluidas mujeres y hombres solteros), padrastros/madrastras, tutores y padres de acogida de bebés 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 el consumo de alimentos adecuados para usted
- Alimentos saludables como 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)

Otros detalles del plan

Miembros de CHIP Perinate (bebé nonato)

¿Qué significa "médicamente necesario"?

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP, los miembros de CHIP Perinate Newborn y los miembros de CHIP Perinate deben cumplir con la definición de CHIP de "médicamente necesario". Un miembro de CHIP Perinate es un bebé nonato.

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. Proporcionados en centros adecuados y en niveles adecuados de atención para el tratamiento de las afecciones médicas de un miembro;
   c. Coherentes con las guías y normas de prácticas de atención de la salud que están aprobadas por organizaciones de atención de la salud reconocidas profesionalmente o por agencias gubernamentales;
   d. Coherentes 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 son 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 como consecuencia 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 brindan 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 brindada;

f. No son experimentales ni de investigación; y

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

¿Qué es atención médica de rutina y cuán pronto puedo esperar ser atendido?

Si necesita una revisión, 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.**

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 atención médica de urgencia y cuán pronto puedo esperar ser atendido?

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 y una afección médica de emergencia?

Un miembro de CHIP Perinate se define como un bebé nonato. La atención de emergencia es un servicio cubierto si se relaciona directamente con el parto del bebé nonato hasta el nacimiento. Se proporciona atención de emergencia para las siguientes afecciones médicas de emergencia:

- Examen médico de detección para determinar la emergencia cuando está directamente relacionada con el parto del bebé nonato cubierto
- Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto del bebé nonato
- El transporte terrestre, aéreo y acuático de emergencia para el trabajo de parto y la amenaza de trabajo de parto es un beneficio cubierto
- El transporte terrestre, aéreo y acuático de emergencia para una emergencia asociada con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero) es un beneficio cubierto

Límites del beneficio: Los servicios posteriores al parto o las complicaciones que resulten en la necesidad de servicios de emergencia para la madre del miembro con cobertura de CHIP Perinate no son un beneficio cubierto.

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

Los "servicios de emergencia" o la "atención de emergencia" son servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados por un proveedor que está calificado para proporcionar dichos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia, incluidos los servicios de atención posterior a la estabilización, relacionados con el trabajo de parto y el parto del bebé nonato.

¿Cuán pronto puedo esperar ser atendido 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.

¿Cómo obtengo atención de la salud cuando el consultorio de mi médico está cerrado?

Llame a su médico especialista en embarazos. Si no puede comunicarse con su médico 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 estoy fuera del estado?

Si necesita atención médica durante un viaje, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003,** y lo ayudaremos a encontrar un médico.

Si necesita 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 fuera del país?

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

¿Qué es un referido?

Su proveedor perinatal hablará con usted sobre las necesidades de su bebé nonato y la ayudará a planificar su visita al especialista que pueda brindarle la mejor atención a su bebé nonato. Esto se denomina remisión. Su médico es el único que puede darle un referido para ver a un especialista. Si tiene una visita o recibe servicios de un especialista sin un referido de su médico, o bien, si el especialista no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan o el servicio no está cubierto, usted podría ser responsable de la factura.

¿Qué servicios no necesitan un referido?

NO necesita un referido para lo siguiente:

- Servicios de emergencia
- Atención de obstetricia o ginecología

Comuníquese con su Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para determinar si necesita un referido.

¿Qué sucede si necesito servicios que no están cubiertos por CHIP Perinate?

CHIP Perinate solo paga los beneficios cubiertos en virtud del Programa. Si recibe servicios o suministros no cubiertos, es posible que deba pagar por estos.

Cuando vaya al hospital, es posible que deba solicitar Medicaid de emergencia para pagar su estancia en el hospital. Si no solicita Medicaid de emergencia y CHIP Perinate no cubre su estancia en el hospital, es posible que deba pagar su estancia en el hospital.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

CHIP Perinate cubre la mayoría de los medicamentos que su médico dice que usted necesita para su embarazo. Su médico le dará una receta para que la presente en la farmacia o tal vez pueda enviarla por usted.

No se requieren copagos para los miembros de CHIP Perinate.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

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

Otros detalles del plan

¿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?

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

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

Todas las recetas que reciba de su médico pueden surtirse en cualquier farmacia que acepte su tarjeta de identificación de miembro 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 miembro de UnitedHealthcare Community Plan cuando vaya al médico o a la farmacia.

¿Qué sucede si no puedo obtener la aprobación de mis medicamentos recetados?

Si no puede comunicarse con su médico o el médico de su hijo para que apruebe una receta, es posible que usted/su hijo puedan 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 mis medicamentos?

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

¿Qué sucede si necesito 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 necesitan un medicamento de venta libre, deberá pagarlo.

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.

¿Es posible contar con un intérprete cuando hable con mi proveedor perinatal? ¿Con quién me comunico para solicitar un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?

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

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

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

¿Cómo elijo un proveedor perinatal? ¿Necesitaré un referido para esto?

Si necesita ayuda para elegir un proveedor perinatal, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003.** No necesitará un referido para este servicio.

¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de contactar a un proveedor perinatal para una cita?

Debería poder ver a su proveedor perinatal dentro de un plazo de dos semanas luego de haberlo llamado. Si tiene algún problema para obtener una cita dentro de las dos semanas luego de haberse puesto en contacto con su proveedor perinatal, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

Otros detalles del plan

¿Puedo seguir con mi proveedor de CHIP Perinate si no está en mi plan de salud?

Debe intentar elegir un proveedor de CHIP Perinate que esté dentro de la red de proveedores de CHIP Perinate del plan de salud. Si le quedan 16 semanas o menos antes de la fecha prevista de parto, puede conservar su proveedor perinatal actual durante toda la revisión posparto, incluso si el proveedor perinatal está fuera de la red o sale de esta. Comuníquese con Servicios para Miembros.

¿Qué sucede si recibo una factura de un proveedor perinatal? ¿Qué información necesitarán? ¿A quién llamo?

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. Su médico, proveedor de atención médica u hospital no pueden facturarle los servicios cubiertos y aprobados de CHIP. Usted no tiene que pagar las facturas que debería pagar UnitedHealthcare Community Plan.

Si recibe una factura, llame a 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 de los servicios, el monto y la dirección y el número de teléfono del proveedor.

¿Qué debo hacer si me mudo?

Cuando tenga su nueva dirección, infórmesela a la oficina local de beneficios de HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan llamando al **1-888-887-9003.** Antes de recibir servicios de CHIP en su nueva área, debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención a través de UnitedHealthcare hasta que HHSC cambie su dirección.

Derechos y responsabilidades de los miembros de CHIP Perinate

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, los médicos, los hospitales y otros proveedores de su bebé nonato.
2. Tiene derecho a saber cómo se paga a los proveedores perinatales. Algunos reciben un pago fijo independientemente de la frecuencia con que usted los visite. A otros se les paga en función de los servicios que le brindan a su bebé nonato. Tiene derecho a saber acerca de qué incluyen dichos pagos y cómo funcionan.
3. Tiene derecho a saber cómo decide el plan de salud si un servicio perinatal está cubierto o es médicamente necesario. Tiene derecho a conocer las personas que integran el plan de salud que deciden sobre estos aspectos.
4. Tiene derecho a conocer los nombres de los hospitales y otros proveedores perinatales que integran el plan de salud y sus direcciones.
5. Tiene derecho a escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente amplia para que su bebé nonato pueda obtener el tipo de atención adecuada cuando la necesite.
6. Tiene derecho a recibir servicios perinatales de emergencia si cree razonablemente que la vida de su bebé nonato está en peligro o que podría verse perjudicada gravemente si no recibe tratamiento de inmediato. La cobertura de dichas emergencias está disponible sin consultar previamente a su plan de salud.
7. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las elecciones sobre la atención de la salud de su bebé nonato.
8. Tiene derecho a hablar por su bebé nonato en todas las elecciones de tratamiento.
9. Tiene derecho a recibir un trato justo de parte del plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores.
10. Tiene derecho a hablar con su proveedor perinatal en privado y a que se mantenga la privacidad de sus registros médicos. Tiene derecho a examinar y realizar copias de sus registros médicos y solicitar cambios en dichos registros.
11. Tiene derecho a un proceso justo y rápido para la resolución de problemas con el plan de salud y los médicos, hospitales y otros proveedores del plan que brindan servicios perinatales para su bebé nonato. Si el plan de salud afirma que no pagará un servicio o beneficio perinatal cubierto que el médico de su bebé nonato 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.

12. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otros proveedores perinatales pueden brindarle información sobre su estado de salud, atención médica o tratamiento o los de su bebé nonato. El plan de salud no puede impedirles que le brinden esta información, incluso si la atención o el tratamiento no son un servicio cubierto.
13. 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.
14. Tiene derecho a usar cada proceso de queja y apelación disponible a través de la organización de atención administrada y de CHIP.
15. 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 a su plan de salud les interesa que su bebé nazca sano. Usted puede ayudar asumiendo las siguientes responsabilidades.

1. Debe tratar de tener hábitos saludables. No fume y siga una dieta saludable.
2. Debe participar en las decisiones sobre la atención de su bebé nonato.
3. Si no está de acuerdo con el plan de salud, primero debe intentar resolverlo usando el proceso de quejas del plan de salud.
4. Debe aprender acerca de lo que el plan cubre o no. Lea el manual del programa CHIP para entender cómo funcionan las reglas.
5. Debe intentar llegar al consultorio del médico a tiempo. Si no puede acudir a la cita, asegúrese de llamar para cancelarla.
6. Debe informar el uso indebido de los servicios de CHIP Perinate por parte de los proveedores de atención médica, otros miembros o planes de salud.
7. Debe hablar con su proveedor sobre los medicamentos que le recetaron.
8. 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 de atención de la salud.
    c. Ayudar a sus proveedores a obtener su historia clínica.
9. Debe 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 (Department of Health and Human Services, HHS) al **1-800-368-1019.** También puede ver información relacionada con la Oficina de Derechos Civiles del HHS en **www.hhs.gov/ocr**.

¿Cuándo finaliza la cobertura de CHIP Perinate?

Podrá obtener cobertura de CHIP Perinate hasta que dé a luz a su bebé. Una vez que tenga a su bebé, ya no podrá recibir estos servicios.

¿El estado me enviará algo cuando finalice mi cobertura de CHIP Perinate?

El Estado le enviará una carta en la que se le informará que ya no tiene beneficios.

¿Cómo funciona la renovación para CHIP Perinate?

Su cobertura de CHIP Perinate es por doce meses. La cobertura comienza cuando inscribe al bebé nonato cuando está embarazada y continúa solo para el bebé, después de que este nazca durante un total de doce meses de cobertura. En el décimo mes de cobertura, recibirá un formulario de renovación de CHIP. Debe completarlo y enviarlo al Estado. El Estado determinará si su hijo es elegible para Medicaid o CHIP.

¿Puedo elegir el proveedor de atención primaria de mi bebé antes de que nazca? ¿A quién llamo? ¿Qué información necesitan?

Sí, puede elegir al proveedor de atención primaria de su bebé antes de que nazca. Es importante que elija un proveedor de atención primaria para su bebé. Puede encontrar un proveedor de atención primaria de CHIP para su recién nacido llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o visitando **www.UHCCommunityPlan.com** o consultando el Directorio de proveedores de CHIP de UnitedHealthcare Community Plan. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro.

Quejas y apelaciones

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién llamo?

Queremos ayudar. 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, en unos pocos días. UnitedHealthcare Community Plan no puede tomar ninguna medida en su contra por presentar una queja.

Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme?

Si no está satisfecho con la respuesta a su queja, también puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas llamando al número gratuito 1-800-252-3439. Si desea presentar su solicitud por escrito, envíela a:

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

Si tiene acceso a Internet, puede enviar su queja por correo electrónico a **http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html**.

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

Sí, un representante del Servicio 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, en unos pocos días.

¿Cuánto tiempo tardará en procesarse mi queja?

La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o, como máximo, en unos 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 ante 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 obtiene el resultado que pensó que obtendría, tiende derecho a apelar. 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 analizará 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 representará nuestra decisión definitiva. 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

Programa de defensoría

Los miembros de UnitedHealthcare Community Plan pueden acceder a un defensor del pueblo independiente de UnitedHealthcare Community Plan para ayudarlos a resolver su queja.

UnitedHealthcare Community Plan tiene contratos con varias organizaciones sin fines de lucro para brindarle este servicio. Puede ser derivado a un defensor del pueblo independiente de UnitedHealthcare Community Plan a través de nuestro departamento de Servicios para Miembros llamando al **1-888-887-9003.**

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

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si se deniega, demora, limita o interrumpe un servicio cubierto solicitado por el PCP de su hijo. 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, la grabación se convertirá en una solicitud por escrito. Le enviaremos un formulario para que lo 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 se deniega, demora, limita o interrumpe un servicio cubierto solicitado por el PCP de su hijo.

¿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 su capacidad funcional 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?

En cada carta que reciba se incluirá un formulario de apelación cuando UnitedHealthcare Community Plan le deniegue un servicio. Este formulario debe firmarse y devolverse. Puede solicitar una apelación por teléfono, pero se le enviará un formulario de apelaciones, que debe ser firmado y devuelto.

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 para presentar una apelación?

Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo a presentar una apelación. Puede pedirles que lo ayuden cuando llame al **1-888-887-9003.** Recibirá un formulario de solicitud de apelación y le pedirán que lo devuelva antes de que se tome su solicitud de apelación.

¿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, ya que tomarse el tiempo para decidir con respecto a 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 Servicio para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

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

Podemos aceptar su solicitud verbalmente o por escrito. Envíe por correo las solicitudes por escrito a:

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 recibamos 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 puede tener.

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

Si usted o su hijo están hospitalizados, pídale a alguien que lo ayude a enviar por correo su solicitud para este tipo de apelación o que llame para presentar 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 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 les informará su decisión a USTED y a UnitedHealthcare Community. Esta decisión es definitiva, 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 detalles suficientes para garantizar que los miembros conozcan los beneficios a los que tienen derecho
- Cómo obtener beneficios, incluidos los requisitos de autorización
- Cómo los miembros podrían obtener beneficios, incluidos servicios de planificación familiar, de proveedores fuera de la red o límites a esos beneficios
- De qué manera se brinda cobertura de servicios de emergencia o fuera del horario de atención y los límites para estos beneficios, que incluye lo siguiente:
  - Qué constituye una afección médica de emergencia, servicios de emergencia y servicios posteriores a la estabilización;
  - El hecho de que no se requiera 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;
  - La ubicación de los centros de emergencia y otros centros donde proveedores y hospitales suministran servicios de emergencia cubiertos conforme al contrato;
  - El miembro tiene derecho a usar cualquier hospital u otros centros 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 nuestros miembros por escrito si se realizan cambios importantes en relación con cómo le pagamos a nuestros sus médicos y proveedores. Se les informará a los miembros sobre los cambios dentro de los 30 días. El anuncio incluirá 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. Hacer algo mal podría ser considerado un malgasto, abuso o fraude, lo cual infringe 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
- Permite que otra persona use una identificación de CHIP
- Usa 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 un malgasto, abuso o fraude, elija una de las siguientes opciones:

- Llame a la línea de 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 bien, 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 un malgasto, abuso o fraude, recopile la mayor cantidad de información posible

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, hogar de ancianos, agencia de atención médica domiciliaria, etc.);
- El número de CHIP del proveedor y del centro, si los tiene;
- El tipo de proveedor (médico, fisioterapeuta, farmacéutico, etc.);
- Los nombres y el número de teléfono de otros testigos que pueden contribuir a la investigación;
- Fechas del evento;
- 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 y el número de Seguro Social de la persona o el número de caso si lo tiene;
- La ciudad donde vive la persona;
- Detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

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

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

El **abuso** implica un daño mental, emocional, físico o sexual, o el hecho de no prevenir dicho daño.

La **negligencia** provoca inanición, deshidratación, sobremedicación o submedicación, condiciones de vida insalubres, etc. La negligencia también incluye 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 informar 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.

Informar por vía electrónica (en casos que no sean de emergencia)

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

Información útil para presentar 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: solicitud para que su organización de atención administrada vuelva a revisar una denegación o una queja formal.

Queja: 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 de atención de la salud cubierto.

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

Afección médica de emergencia: 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: 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 ambulatoria en el hospital: atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna.

Médicamente necesario: servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumplen con los estándares de medicina aceptados.

Otros detalles del plan

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

Proveedor no participante: proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para proporcionarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora o plan de salud para recibir 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 comprometerse a pagarle a un proveedor no participante.

Proveedor participante: proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud 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: beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención de la salud.

Autorización previa: decisión de su aseguradora o plan de salud con respecto a que un servicio de atención de la salud, plan de tratamiento, medicamento recetado 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 aseguradora o plan de salud cubrirá el costo.

Cobertura de medicamentos recetados: aseguradora o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados y otros medicamentos.

Medicamentos recetados: fármacos y medicamentos que requieren una receta en virtud de la ley.

Médico general: médico (M.D. [médico] o D.O. [médico en medicina osteopática]) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención de la salud para un paciente.

Proveedor de atención primaria: 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.

Proveedor: 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 habilitación: 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,** TDD/TTY: **7-1-1,** para personas con dificultades auditivas. También puede visitar nuestro sitio web en **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 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.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.


United
Healthcare
Community Plan