Texas – Septiembre de 2026



Le damos la bienvenida a la comunidad

Manual para Miembros de STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan

Servicio al Cliente: 1-888-887-9003, TDD/TTY: **7-1-1,** para recibir atención para personas sordas y con dificultades auditivas

United Healthcare®
Community Plan

TEXAS STAR PLUS
Your Health Plan ★ Your Choice

TEXAS Health and Human Services

CSTX27MD0438300_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Servicio al Cliente

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

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora central, de lunes a viernes **UHCCommunityPlan.com**

Qué debe hacer en caso de una emergencia

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

Qué hacer ante una emergencia de salud conductual

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

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

Si cree que no es una emergencia, pero necesita ayuda, llame a NurseLine al 1-877-839-5407.

Llámenos si tiene preguntas acerca de su Plan de salud. Nuestro número gratuito de Servicio al Cliente es **1-888-887-9003;** las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.** 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 abuso 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

Servicio al Cliente **1-888-887-9003**
Instrucciones para acceder a los servicios cubiertos, información y servicios de interpretación disponibles en varios idiomas, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., excepto los feriados aprobados por el estado (consulte la página 6). Fuera del horario regular, comuníquese con la línea NurseLine. Si cree que necesita atención de emergencia, llame al **9-1-1** o diríjase al hospital o centro de emergencias más cercano.
TDD/TTY (para personas sordas y con dificultades auditivas) **7-1-1**

Coordinación de Servicios **1-800-349-0550**
(de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.)

Línea NurseLine . . . . . **1-877-839-5407,** TTY: **7-1-1**
(disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
- Se habla español
- Servicios de interpretación disponibles

Para Servicios Dentales, Llame al Plan Dental de Medicaid de su Hijo
DentaQuest **1-800-516-0165**
MCNA Dental **1-855-691-6262**
UnitedHealthcare Dental **1-877-901-7321**

Para Citas de Atención Oftalmológica, Llame a Servicio al Cliente **1-888-887-9003**

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

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

Servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia (NEMT):
Línea Directa Where's My Ride . . . . . **1-888-462-6050,** TTY: **711**
Instrucciones para acceder a los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia (Nonemergency Medical Transportation, NEMT): disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., se habla español. Información e intérpretes disponibles en varios idiomas.

Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias **1-888-887-9003**
Optum Behavioral Health; disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Instrucciones para acceder a los servicios cubiertos, información y servicios de interpretación disponibles en varios idiomas.
Si está ante una situación de crisis o tiene problemas con la línea telefónica, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Equipo de Asistencia del Defensor del Pueblo del Estado para la Atención Médica Administrada **1-866-566-8989**

Línea de Ayuda de Atención Administrada de Medicaid TDD/TTY **1-866-222-4306**

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

Línea de Ayuda del Programa STAR+PLUS **1-800-964-2777**

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

UnitedHealthcare Community Plan, una Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO), se compromete a ayudarle a obtener la atención de la salud que necesita. En UnitedHealthcare Community Plan, nuestro objetivo es ayudar a todos nuestros miembros a llevar una vida más saludable. Tendrá su propio médico, llamado Médico de Cabecera (Primary Care Provider, PCP), que conocerá sus antecedentes médicos y trabajará arduamente para ayudarle a mantenerse saludable. El Médico de Cabecera sabe que administrar su atención de la salud es importante. Los chequeos regulares que el Médico de Cabecera le realice pueden ayudar a detectar problemas de forma temprana. El Médico de Cabecera desea brindar ayuda antes de que los problemas se agraven. El Médico de Cabecera le dará un referido a los Especialistas cuando lo necesite. UnitedHealthcare Community Plan dispone de una Red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención de la salud con los que puede contar. Muchos de ellos se encuentran cerca de su domicilio. Le ayudaremos a mantenerse saludable y a recibir una buena atención de la salud cuando no se sienta bien. UnitedHealthcare Community Plan trabajará arduamente para garantizar que obtenga acceso a la atención que necesita.

Su guía para una buena salud

Lea este Manual para Miembros. Le brindará información sobre sus beneficios. Le ayudará a usar su Plan de salud de inmediato. Si usted siente que necesita este manual en Braille, letra grande, otro idioma o en audio, puede llamarnos al **1-888-887-9003.** El Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan siempre está listo para ayudarle.

Mire su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. 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. Nuestro número gratuito de Servicio al Cliente es **1-888-887-9003**. Estamos aquí para ayudarle de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. La cobertura fuera del horario regular y durante los fines de semana se encuentra disponible a través de un sistema telefónico automático.

Nota: Se aplican las referencias a "usted", "mi" o "yo" si es miembro de STAR+PLUS. Se aplican referencias a "mi hijo" si su hijo es miembro de STAR+PLUS.

Los números de teléfono que se enumeran en este manual son de llamada gratuita.

UnitedHealthcare Community Plan es un nombre comercial de United Healthcare Insurance Company en las áreas de prestación de servicios de STAR+PLUS MRSA de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) y UnitedHealthcare Community Plan of Texas L.L.C. en todas las otras áreas de prestación de servicios de Medicaid/CHIP de dicha Comisión.

¿Quiere acceder a su información desde una aplicación móvil?

Descargue la aplicación UnitedHealthcare® en App Store o Google Play. Ofrece muchas de las mismas características del sitio web seguro para miembros, y podrá usar el mismo nombre de usuario y contraseña. Es muy útil cuando se encuentra fuera de su hogar.

Sus proveedores de salud

Nombre de mi Médico de Cabecera:_____

Número de teléfono de mi Médico de Cabecera: _____

Nombre de otro médico: _____

Número de teléfono del otro médico:_____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Si necesita ayuda para encontrar un Proveedor o si tiene preguntas sobre su Plan de salud, llámenos. Para comunicarse con Servicio al Cliente en Texas, puede llamar en forma gratuita al 1-888-887-9003, TDD/TTY: 7-1-1, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Ubicación de nuestras oficinas

UnitedHealthcare Community Plan

Oficina Principal
2950 North Loop W., Suite 200
Houston, TX 77092-8843

También puede visitar nuestro sitio web en: **UHCCommunityPlan.com**.

¿Qué es Servicio al Cliente?

UnitedHealthcare Community Plan dispone de un Departamento de Servicio al Cliente que puede responder preguntas y brindarle información en inglés y en español sobre los siguientes temas:

- Membresía
- Cómo elegir un Médico de Cabecera
- Especialistas, hospitales y otros proveedores
- Servicios cubiertos
- Beneficios adicionales
- Cómo cambiar de Médico de Cabecera
- Presentar una Queja
- Conseguir un intérprete
- Cualquier otro asunto sobre el cual podría tener una pregunta

Servicio al Cliente
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
- 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 **4**

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan 4

Su guía para una buena salud 4

Ubicación de nuestras oficinas 6

¿Qué es Servicio al Cliente? 6

¿Cuándo y dónde uso mi tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan? 15

Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan 16

Cómo reemplazar su tarjeta si se pierde 16

Su Tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits (YTB) 17

Portal para Clientes de Medicaid de YourTexasBenefits.com 18

Su Formulario de Verificación Temporal de Medicaid (Formulario 1027-A) 19

Visitas al médico **21**

¿Qué es un Médico de Cabecera (PCP)? 21

¿Se puede considerar a un especialista como un Médico de Cabecera? 21

¿Qué debo llevar a la cita médica? 21

¿Cómo elijo un Médico de Cabecera? 22

¿Puede una clínica ser mi Médico de Cabecera? 22

¿Qué sucede si acudo a un médico que no es mi Médico de Cabecera? 22

¿Cómo sé quién paga? 22

¿Qué sucede si tengo otro seguro? 23

¿Puedo seguir con mi Proveedor si no está en mi Plan de salud? 23

¿Cómo puedo cambiar de Médico de Cabecera? 23

¿Cuántas veces puedo cambiar mi Médico de Cabecera/el Médico de Cabecera de mi hijo? 23

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de Médico de Cabecera? 23

¿Hay algún motivo por el cual se pueda rechazar una solicitud de cambio de Médicode Cabecera? 24

¿Puede un Médico de Cabecera reasignarme a otro por incumplimiento? 24

Cobertura STAR+PLUS y Medicare 24

¿Cómo me afecta la cobertura STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan si tengo Medicare y STAR+PLUS? 24

Planes de incentivos para médicos 25

¿Qué es la Coordinación de Servicios? 25

¿Qué es la Coordinación de Servicios y en qué puede ayudarme un Coordinador de Servicios? 25

¿Cómo puedo comunicarme con un Coordinador de Servicios? 26

¿Qué otros programas están disponibles para ayudarme a controlar mi enfermedad crónica? 26

Apoyo habitacional 27

Una vivienda segura y asequible puede hacer que sus objetivos sean alcanzables. Estamos aquí para ayudarle. 27

Le conectamos con servicios de calidad en su comunidad 27

¿Sabía que podría elegir a su propio cuidador de salud? 28

¿Qué sucede si necesito consultar a un médico especializado (Especialista)? 29

¿Qué es un referido? 29

¿Qué servicios no necesitan un referido? 30

¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un Especialista? 30

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión? 30

Autorización Previa 30

¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o de consumo de alcohol o drogas? ¿Necesito un referido para estos servicios? 31

¿Qué son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y la Administración de Casos Dirigida a la Salud Mental? ¿Cómo obtengo estos servicios? 32

¿Cómo encuentro una farmacia de la red? 32

¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la red? 32

¿Qué debo llevar a la farmacia? 32

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

¿Con quién debo comunicarme si tengo problemas para obtener mis medicamentos?. 33

¿Qué es una aprobación (autorización) previa de medicamentos recetados? 33

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

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos? 35

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy en un centro de enfermería? 35

¿Qué sucede si también tengo Medicare?. 35

¿Qué sucede si necesito Equipo Médico Duradero (DME) u otros productos que normalmente se encuentran en una farmacia? 35

¿Qué sucede si necesito equipo médico duradero (DME) que requiere autorización previa?. 36

¿Qué es el Programa de Asignación Cerrada de Medicaid? 36

¿Con quién me comunico si tengo necesidades especiales de atención de la salud y necesito que alguien me ayude?. 37

¿Qué sucede si necesito atención de obstetricia o ginecología? ¿Necesitaré un referido? 37

¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo como mi Médico de Cabecera? . . 37

¿Puedo conservar a mi obstetra/ginecólogo, aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan? 38

¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo? 38

Si no elijo a un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo?. 38

¿Necesitaré un referido para obtener los servicios de un obstetra/ginecólogo? 38

¿Cuán pronto puedo recibir atención después de comunicarme con mi obstetra o ginecólogo para programar una cita?. 38

¿Qué sucede si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar? 39

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad? 39

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece UnitedHealthcare Community Plan a las mujeres embarazadas? 39

¿Puedo elegir a un Médico de Cabecera para mi bebé antes de que nazca? 40

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el Médico de Cabecera de mi bebé? 40

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo debo informar a mi Plan de salud? ¿Cómo y cuándo le digo a mi asistente social? 40

¿Cómo puedo recibir atención de la salud después de que nazca mi bebé y me quede sin cobertura de Medicaid? 40

Programa Healthy Texas Women 41

Programa de Atención de la Salud Primaria del DSHS 41

Programa de Atención de la Salud Primaria Ampliado del DSHS 42

Programa de Planificación Familiar del DSHS 42

¿Cómo programo una cita? 43

¿Qué debo llevar a la cita? 43

¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi Médico de Cabecera cierre? 43

¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje? 44

¿Qué sucede si estoy fuera del estado? 44

¿Qué sucede si estoy fuera del país? 44

¿Qué debo hacer si me mudo? 44

¿Qué sucede si quiero cambiar los Planes de salud? 45

¿Con quién debo comunicarme? 45

¿Cuántas veces puedo cambiar de Plan de salud? 45

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio del Plan de salud? 45

¿Puede UnitedHealthcare Community Plan pedir que me den de baja de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)? 45

Servicios de idiomas e intérpretes 46

¿Es posible contar con un intérprete cuando hable con mi médico?
¿Con quién me comunico para solicitar un intérprete?
¿Con cuánta anticipación debo comunicarme? 46

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor? 46

¿Qué significa “Médicamente Necesario”? 46

¿Qué es la atención médica de emergencia? 48

¿Cuán pronto puedo esperar ser atendido en una emergencia? 48
¿Qué es la atención posterior a la estabilización? 49
¿Qué es la atención médica de urgencia? 49
¿Qué es la atención médica de rutina y cuán pronto puedo esperar ser atendido? . . 50
¿Los servicios dentales de emergencia están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan? 50
¿Qué hago si mi hijo necesita atención dental de emergencia? 50
¿Qué servicios dentales cubre UnitedHealthcare Community Plan para los niños? . 51
¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo? 51
¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica? 51

Beneficios y servicios **52**
¿Cuáles son mis beneficios de atención de la salud? 52
¿Cómo obtengo estos servicios? 53
¿Existe algún límite para los servicios cubiertos? 53
¿Cambiarán mis beneficios de STAR+PLUS si estoy en un centro de enfermería? . . . 53
¿Para qué servicios soy elegible como miembro del Programa de Medicaid para el Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (MBCC)? 54
¿Qué son los servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS) y cómo obtengo estos servicios? 54
¿Cuáles son mis Servicios y Apoyos de Atención a Largo Plazo (LTSS)? 54
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios? 55
¿Cuáles son mis beneficios de la atención aguda? 55
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios? 57
¿Qué servicios no están cubiertos? 58
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados? 58

Planificación familiar **59**
¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesito un referido para estos servicios? 59

¿Dónde puedo encontrar un Proveedor de servicios de planificación familiar? 59

¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola inmigrante? 59

Otros detalles del plan **60**

¿Qué beneficios adicionales obtengo como miembro de UnitedHealthcare Community Plan? 60

¿Cómo puedo obtener esos beneficios? 68

¿Qué clases de educación para la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan? 68

¿Qué otros servicios UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarme a obtener? 69

¿Qué es la Administración de Casos para niños y mujeres embarazadas? 70

Intervención en la Primera Infancia (ECI) 71

Si no tengo automóvil, ¿cómo puedo conseguir que me lleven al consultorio del médico? ¿A quién debo llamar para que me lleve a una cita médica? 72

Transporte 72

Servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia (NEMT) . . . 72

¿Qué son los servicios de NEMT? 72

¿Qué servicios forman parte de los servicios de NEMT? 72

¿Cómo puedo obtener un traslado? 73

¿Qué son los servicios y entornos sustitutivos? 74

¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid? 75

¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar la solicitud de renovación? 75

¿Qué sucede si recibo una factura del médico? ¿Con quién debo comunicarme? ¿Qué información necesitarán? 75

¿Qué debo hacer si me mudo? 76

¿Qué sucede si tengo otro seguro de salud además de Medicaid? 76

¿Puede mi Proveedor de Medicare enviarme una factura por los servicios o suministros si estoy inscrito tanto en Medicare como en Medicaid? 76

Quejas y Apelaciones 77

¿Qué debo hacer si tengo una Queja? 77

¿Con quién debo comunicarme? 77

¿Dónde puedo enviar una Queja por correo postal? 77
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una Queja? 77
¿Cuánto tiempo tardará el procesamiento de mi Queja? 78
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a presentar una Queja? 78
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o limita? 78
¿Cómo puedo saber si los servicios se denegaron? 78
¿Cuáles son los plazos para el proceso de Apelación? 79
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una Apelación? 79
¿Tengo que presentar mi solicitud de Apelación por escrito? 79
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a presentar una Apelación? 79
¿Qué sucede después de mi Apelación? 80
¿Qué es una Apelación de emergencia? 80
¿Cómo solicito una Apelación de emergencia? 80
¿Tengo que presentar la solicitud por escrito? 80
¿Cuáles son los plazos para una Apelación de emergencia? 80
¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza la solicitud de Apelación de emergencia? 81
¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación de emergencia? 81
Audiencia Imparcial Estatal 81
¿Puedo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial? 81
¿Puedo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial de emergencia? 82
Información sobre la Revisión Médica Externa 83
¿Un miembro puede solicitar una Revisión Médica Externa? 83
¿Puedo solicitar una Revisión Médica Externa de emergencia? 84
Directrices Anticipadas 85
¿Qué son las Directrices Anticipadas? 85
¿Cómo obtengo una Directriz Anticipada? 85

¿Quién tiene derecho a tomar decisiones acerca de la atención de la salud? 85

¿Qué sucede si no puedo informar cuáles son mis decisiones de atención de la salud a los Proveedores? 85

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre mi atención médica? 86

¿Cuáles son mis opciones para redactar una Directriz Anticipada? 86

¿Se debe respetar mi Directriz Anticipada? 86

¿Debe ser un abogado quien prepare mi Directriz Anticipada? 86

¿Quién debe tener una copia de mi Directriz Anticipada? 87

¿Debo redactar una Directriz Anticipada? 87

¿Puedo cambiar o cancelar mi Directriz Anticipada? 87

¿Qué sucede si ya tengo una Directriz Anticipada? 87

Según la ley, ¿quién puede tomar decisiones de atención de la salud por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una Directriz Anticipada? 87

Derechos y responsabilidades de los miembros 88

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades de atención de la salud como miembro de UnitedHealthcare Community Plan? 88

Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información 92

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, incluso estar libre de abuso, maltrato, descuido y explotación 93

Fraude y abuso 95

¿Desea denunciar malgasto, abuso o fraude? 95

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, recopile toda la información que sea posible 96

Tiene derecho al respeto y la dignidad, lo cual incluye no sufrir abusos, abandono ni explotación 96

¿Qué son el abuso, el abandono y la explotación? 96

Glosario de terminología de atención administrada 98

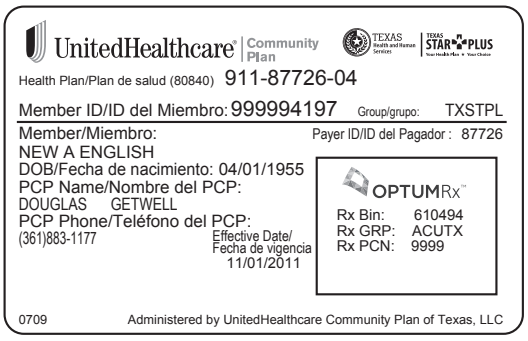
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad 101

¿Cuándo y dónde uso mi tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan?

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. Si cambia su Médico de Cabecera, recibirá una nueva tarjeta de identificación.

Verifique la tarjeta para asegurarse de que la información sea correcta. Si recibe una tarjeta de identificación que no tiene el nombre del Médico de Cabecera, pero indica que llame al **1-888-887-9003,** llame a Servicio al Cliente para elegir a un Médico de Cabecera. Entregue la tarjeta de identificación al médico para verificar la cobertura al obtener los servicios. La tarjeta de identificación no constituye una garantía de beneficios o cobertura.

Miembros con tarjeta de identificación de Medicaid únicamente


UnitedHealthcare Community Plan
TEXAS Health and Human Services | TEXAS STAR PLUS
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04
Member ID/ID del Miembro: 999994197 Group/grupo: TXSTPL
Member/Miembro:
NEW A ENGLISH
DOB/Fecha de nacimiento: 04/01/1955
PCP Name/Nombre del PCP:
DOUGLAS GETWELL
PCP Phone/Teléfono del PCP:
(361)883-1177
Payer ID/ID del Pagador : 87726
Effective Date/
Fecha de vigencia
11/01/2011
OPTUMRx
Rx Bin: 610494
Rx GRP: ACUTX
Rx PCN: 9999
0709 Administered by UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC


In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 06/08/17

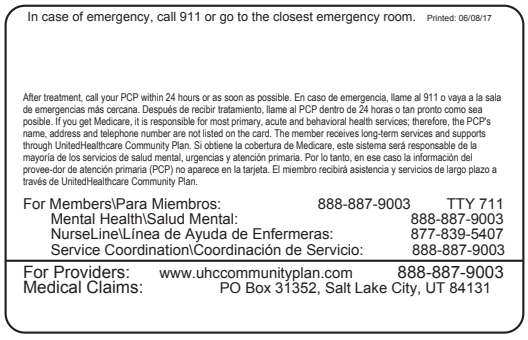
After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. This card does not guarantee coverage. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta no garantiza la cobertura.

Service Coordination\Coordinación de Servicio: 888-887-9003
For Members\Para Miembros: 888-887-9003 TTY 711
Mental Health\Salud Mental: 888-887-9003
NurseLine\Línea de Ayuda de Enfermeras: 877-839-5407

For Providers: www.uhccommunityplan.com 888-887-9003
Medical Claims: PO Box 31352, Salt Lake City, UT 84131
Pharmacy Claims: OptumRX, PO 65033, Dallas, TX 75269-0334
For Pharmacists: 877-305-8952

Miembros con tarjeta de identificación de Medicaid y Medicare


UnitedHealthcare Community Plan
TEXAS Health and Human Services | TEXAS STAR PLUS
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04
Member ID/ID del Miembro: 999994201 Group/grupo: TXSTPL
Member/Miembro:
NEW C ENGLISH
DOB/Fecha de nacimiento: 12/25/1945
PCP Name/Nombre del PCP:
USE MEDICARE
Payer ID/ID del Pagador : 87726
Effective Date/
Fecha de vigencia
01/01/2012
Long term care services only
Solo servicios de atención a largo plazo
0709 Administered by UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC


In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 06/08/17

After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. If you get Medicare, it is responsible for most primary, acute and behavioral health services; therefore, the PCP's name, address and telephone number are not listed on the card. The member receives long-term services and supports through UnitedHealthcare Community Plan. Si obtiene la cobertura de Medicare, este sistema será responsable de la mayoría de los servicios de salud mental, urgencias y atención primaria. Por lo tanto, en ese caso la información del provee-dor de atención primaria (PCP) no aparece en la tarjeta. El miembro recibirá asistencia y servicios de largo plazo a través de 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: 877-839-5407
Service Coordination\Coordinación de Servicio: 888-887-9003

For Providers: www.uhccommunityplan.com 888-887-9003
Medical Claims: PO Box 31352, Salt Lake City, UT 84131

Si tiene Medicare y Medicaid, la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare no indicará el nombre ni el número de teléfono de un médico. Su tarjeta de identificación tendrá la inscripción "USE MEDICARE".

Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan

Su tarjeta de identificación tendrá el símbolo STAR+PLUS y el símbolo de UnitedHealthcare Community Plan. Esto le informará a su Proveedor que usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan. En la tarjeta, figurará su nombre, su número de identificación, la fecha en que se inscribió en el programa UnitedHealthcare Community Plan y su fecha de nacimiento. Su número de grupo también figurará en la tarjeta.

Si tiene Medicare, su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan le indicará que solo recibe servicios y apoyos de atención a largo plazo. Esto significa que Medicare o Medicare HMO le brindarán los servicios médicos, hospitalarios, de análisis de laboratorio, de radiografías y otros servicios de atención aguda.

Cómo reemplazar su tarjeta si se pierde

Si pierde su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan, llame de inmediato a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003,** y este le enviará una nueva. Llame a TDD/TTY **7-1-1** para recibir atención para personas sordas y con dificultades auditivas.

Recuerde llevar la tarjeta y presentarla siempre que vaya al médico, al dentista o a la farmacia.

Su Tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits (YTB)

Cuando reciba la aprobación para Medicaid, recibirá su tarjeta de Medicaid de YTB. Esta tarjeta plástica será su tarjeta de Medicaid de uso diario. Debe llevarla y protegerla al igual que la licencia de conducir o una tarjeta de crédito. Su médico puede usar la tarjeta para saber si usted tiene beneficios de Medicaid cuando acude a una visita.

Se emitirá una sola tarjeta para usted y solo recibirá una tarjeta nueva si la pierde o se la roban. Si pierde o le roban la tarjeta de Medicaid, puede solicitar una nueva. Para ello, llame al número gratuito 1-800-252-8263 o ingrese a **www.YourTexasBenefits.com** para solicitar o imprimir una tarjeta temporal.

Si no está seguro de si está cubierto por Medicaid, puede averiguarlo llamando al número gratuito 1-800-252-8263. También puede llamar al 2-1-1. Primero seleccione un idioma y luego elija la opción 2.

Su información de salud es una lista de los servicios médicos y medicamentos que ha obtenido a través de Medicaid. La compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarles a decidir qué atención de la salud necesita. Si no desea que sus médicos vean su información de salud y dental a través de la red segura en línea, llame al número gratuito 1-800-252-8263 u opte por no compartir su información de salud en **www.YourTexasBenefits.com**.

La tarjeta Medicaid de YTB tiene estos datos impresos en el anverso:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid
- La fecha en que se le envió la tarjeta
- El nombre del programa Medicaid en el que se encuentra si obtiene:
  - Medicare (QMB, MQMB),
  - Programa Healthy Texas Women (HTW),
  - Centro para pacientes terminales,
  - STAR Health,
  - Medicaid de emergencia, o
  - Elegibilidad Presunta (Presumptive Eligibility, PE) para mujeres embarazadas.
- Datos que su farmacia necesitará para facturar a Medicaid
- El nombre de su médico y farmacia si está en el Programa de Asignación Cerrada de Medicaid

En el reverso de su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits, encontrará un sitio web que puede visitar (**www.YourTexasBenefits.com**) y un número de teléfono al que puede llamar sin cargo (1-800-252-8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si olvida la tarjeta, el médico, el dentista o la farmacia, puede usar el teléfono o Internet para asegurarse de que usted reciba los beneficios de Medicaid.

Portal para Clientes de Medicaid de YourTexasBenefits.com

Puede usar el Portal para Clientes de Medicaid para hacer todo lo siguiente por usted mismo o por cualquier persona a cuya información médica o dental tenga permitido acceder:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta de Medicaid de YTB
- Consultar sus planes médicos y dentales
- Consultar la información de sus beneficios
- Consultar las alertas de STAR y STAR Kids Texas Health Steps
- Ver las alertas de difusión
- Consultar los diagnósticos y tratamientos
- Consultar las vacunas
- Consultar los medicamentos recetados
- Elegir si desea permitir que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y odontológica disponible

Para acceder al portal, visite **www.YourTexasBenefits.com**.

- Haga clic en **"Log In" (Iniciar Sesión)**
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **"Create a new account" (Crear una cuenta nueva)**.
- Haga clic en **"Manage" (Administrar)**
- Vaya a la sección "Quick links" (Enlaces rápidos)
- Haga clic en **"Medicaid & CHIP Services" (Servicios de Medicaid y CHIP)**
- Haga clic en **"View services and available health information" (Ver servicios e información de salud disponible)**

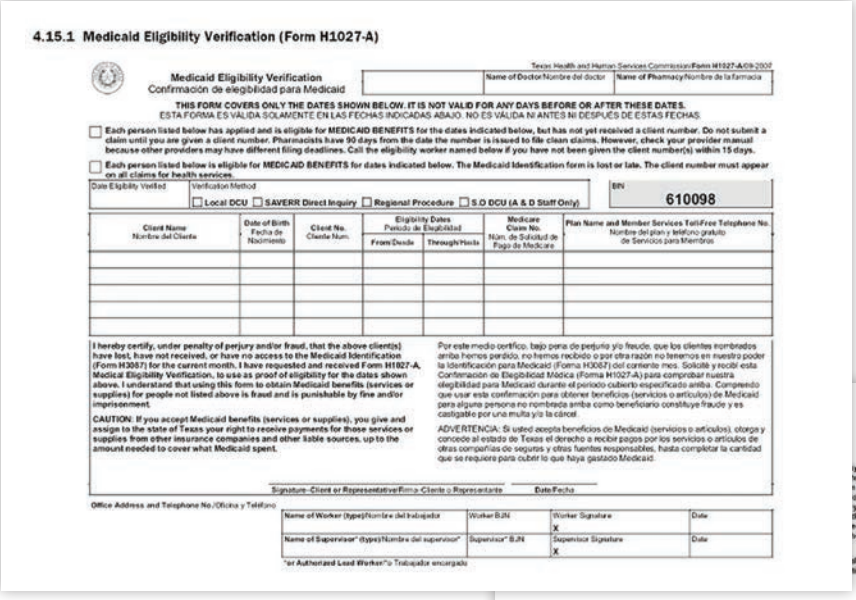
Nota: En el Portal para Clientes de Medicaid de **YourTexasBenefits.com** se brinda información solo para clientes activos. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

Su Formulario de Verificación Temporal de Medicaid (Formulario 1027-A)

Puede solicitar un Formulario de Verificación Temporal de Medicaid si pierde la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. Debe comunicarse con su oficina local de elegibilidad o llamar al 2-1-1 para obtener información sobre cómo obtener el Formulario de Verificación Temporal de Medicaid.

- Lleve el Formulario de Verificación Temporal con usted al médico y para obtener otra atención médica
- Muestre su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits cada vez que vaya al consultorio o clínica de un médico
- Si se muda o cambia el número de teléfono, llame al 2-1-1 o visite su oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. También llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para que podamos actualizar nuestros registros. Llame a TDD/TTY **7-1-1** para recibir atención para personas sordas y con dificultades auditivas.

Aspectos destacados del Plan de salud



4.15.1 Medicaid Eligibility Verification (Form H1027-A)

Texas Health and Human Services Commission Form H1027-A/09-2007

Medicaid Eligibility Verification
Confirmación de elegbilidad para Medicaid

Name of Doctor/Nombre del doctor | Name of Pharmacy/Nombre de la farmacia

THIS FORM COVERS ONLY THE DATES SHOWN BELOW. IT IS NOT VALID FOR ANY DAYS BEFORE OR AFTER THESE DATES.
ESTA FORMA ES VALIDA SOLAMENTE EN LAS FECHAS INDICADAS ABAJO. NO ES VALIDA NI ANTES NI DESPUES DE ESTAS FECHAS

☐ Each person listed below has applied and is eligible for MEDICAID BENEFITS for the dates indicated below, but has not yet received a client number. Do not submit a claim until you are given a client number. Pharmacists have 90 days from the date the number is issued to file clean claims. However, check your provider manual because other providers may have different filing deadlines. Call the eligibility worker named below if you have not been given the client number(s) within 15 days.

☐ Each person listed below is eligible for MEDICAID BENEFITS for dates indicated below. The Medicaid Identification form is lost or late. The client number must appear on all claims for health services.

Date Eligibility Verified | Verification Method: ☐ Local DCU ☐ SAVERR Direct Inquiry ☐ Regional Procedure ☐ S.O DCU (A & D Staff Only) | BIN: 610098

Client Name / Nombre del Cliente	Date of Birth / Fecha de Nacimiento	Client No. / Cliente Num.	Eligibility Dates / Periodo de Elegibilidad: From/Desde	Through/Hasta	Medicare Claim No. / Núm. de Solicitud de Pago de Medicare	Plan Name and Member Services Toll-Free Telephone No. / Nombre del plan y teléfono gratuito de Servicios para Miembros

I hereby certify, under penalty of perjury and/or fraud, that the above client[s] have lost, have not received, or have no access to the Medicaid Identification (Form H3067) for the current month. I have requested and received Form H1027-A, Medical Eligibility Verification, to use as proof of eligibility for the dates shown above. I understand that using this form to obtain Medicaid benefits (services or supplies) for people not listed above is fraud and is punishable by fine and/or imprisonment.

CAUTION: If you accept Medicaid benefits (services or supplies), you give and assign to the state of Texas your right to receive payments for those services or supplies from other insurance companies and other liable sources, up to the amount needed to cover what Medicaid spent.

Por este medio certifico, bajo pena de perjurio y/o fraude, que los clientes nombrados arriba hemos perdido, no hemos recibido o por otra razón no tenemos en nuestro poder la Identificación para Medicaid (Forma H3067) del corriente mes. Solicité y recibí esta Confirmación de Elegibilidad Médica (Forma H1027-A) para comprobar nuestra elegibilidad para Medicaid durante el período cubierto especificado arriba. Comprendo que usar esta confirmación para obtener beneficios (servicios o artículos) de Medicaid para alguna persona no nombrada arriba como beneficiario constituye fraude y es castigable por una multa y/o la cárcel.

ADVERTENCIA: Si usted acepta beneficios de Medicaid (servicios o artículos), otorga y concede al estado de Texas el derecho a recibir pagos por los servicios o artículos de otras compañías de seguros y otras fuentes responsables, hasta completar la cantidad que se requiere para cubrir lo que haya gastado Medicaid.

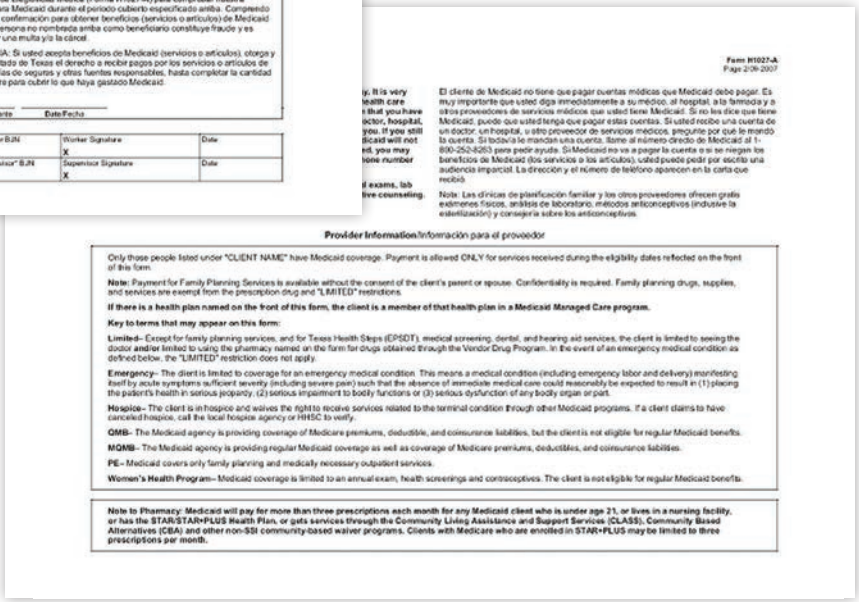
Signature–Client or Representative/Firma–Cliente o Representante | Date/Fecha

Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

Name of Worker (type)/Nombre del trabajador	Worker BJN	Worker Signature	Date
Name of Supervisor* (type)/Nombre del supervisor*	Supervisor* BJN	Supervisor Signature	Date

*or Authorized Lead Worker"/o Trabajador encargado

Muestra del Formulario de Verificación Temporal de Medicaid: anverso



Form H1027-A
Page 2/09-2007

y. It is very
ealth care
that you have
octor, hospital,
you. If you still
dicaid will not
nd, you may
one number

l exams, lab
tive counseling.

El cliente de Medicaid no tiene que pagar cuentas médicas que Medicaid debe pagar. Es muy importante que usted diga inmediatamente a su médico, al hospital, a la farmacia y a otros proveedores de servicios médicos que usted tiene Medicaid. Si no les dice que tiene Medicaid, puede que usted tenga que pagar estas cuentas. Si usted recibe una cuenta de un doctor, un hospital, u otro proveedor de servicios médicos, pregunte por qué le mandó la cuenta. Si todavía le mandan una cuenta, llame al número directo de Medicaid al 1-800-252-8263 para pedir ayuda. Si Medicaid no va a pagar la cuenta o si se niegan los beneficios de Medicaid (los servicios o los artículos), usted puede pedir por escrito una audiencia imparcial. La dirección y el número de teléfono aparecen en la carta que recibió.

Nota: Las clínicas de planificación familiar y los otros proveedores ofrecen gratis exámenes físicos, análisis de laboratorio, métodos anticonceptivos (incluso la esterilización) y consejería sobre los anticonceptivos.

Provider Information/Información para el proveedor

Only those people listed under "CLIENT NAME" have Medicaid coverage. Payment is allowed ONLY for services received during the eligibility dates reflected on the front of this form.

Note: Payment for Family Planning Services is available without the consent of the client's parent or spouse. Confidentiality is required. Family planning drugs, supplies, and services are exempt from the prescription drug and "LIMITED" restrictions.

If there is a health plan named on the front of this form, the client is a member of that health plan in a Medicaid Managed Care program.

Key to terms that may appear on this form:

Limited– Except for family planning services, and for Texas Health Steps (EPSDT), medical screening, dental, and hearing aid services, the client is limited to seeing the doctor and/or limited to using the pharmacy named on the form for drugs obtained through the Vendor Drug Program. In the event of an emergency medical condition as defined below, the "LIMITED" restriction does not apply.

Emergency– The client is limited to coverage for an emergency medical condition. This means a medical condition (including emergency labor and delivery) manifesting itself by acute symptoms sufficient severity (including severe pain) such that the absence of immediate medical care could reasonably be expected to result in (1) placing the patient's health in serious jeopardy, (2) serious impairment to bodily functions or (3) serious dysfunction of any bodily organ or part.

Hospice– The client is in hospice and waives the right to receive services related to the terminal condition through other Medicaid programs. If a client claims to have canceled hospice, call the local hospice agency or H#SC to verify.

QMB– The Medicaid agency is providing coverage of Medicare premiums, deductible, and coinsurance liabilities, but the client is not eligible for regular Medicaid benefits.

MQMB– The Medicaid agency is providing regular Medicaid coverage as well as coverage of Medicare premiums, deductibles, and coinsurance liabilities.

PE– Medicaid covers only family planning and medically necessary outpatient services.

Women's Health Program– Medicaid coverage is limited to an annual exam, health screenings and contraceptives. The client is not eligible for regular Medicaid benefits.

Note to Pharmacy: Medicaid will pay for more than three prescriptions each month for any Medicaid client who is under age 21, or lives in a nursing facility, or has the STAR/STAR+PLUS Health Plan, or gets services through the Community Living Assistance and Support Services (CLASS), Community Based Alternatives (CBA) and other non-SSI community-based waiver programs. Clients with Medicare who are enrolled in STAR+PLUS may be limited to three prescriptions per month.

Muestra del Formulario de Verificación Temporal de Medicaid: reverso

¿Tiene preguntas? Visite **UHCCommunityPlan.com** o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003,** TDD/TTY: **7-1-1.**

Visitas al médico

¿Qué es un Médico de Cabecera (PCP)?

El Médico de Cabecera se encarga de cuidar de usted. Los chequeos regulares con el Médico de Cabecera son importantes y pueden ayudarle a mantenerse saludable. El Médico de Cabecera realizará pruebas de detección de salud regulares que pueden detectar problemas.

La detección y el tratamiento de problemas de forma temprana puede evitar que más adelante se agraven. De ahora en adelante, el Médico de Cabecera será su médico personal. Cuidará de usted y le derivará a un Especialista cuando sea necesario. Debe hablar con su Médico de Cabecera acerca de todas sus necesidades de atención de la salud.

Si quiere visitar a otro médico, siempre hable primero con su Médico de Cabecera. Su Médico de Cabecera le dará un formulario de referido si necesita uno. Su relación con el Médico de Cabecera es importante. Conózcale lo antes posible. Es importante que siga sus consejos. Una buena manera de entablar una relación con el Médico de Cabecera es llamar y programar un chequeo. De esta forma, puede conocerle. El Médico de Cabecera conocerá su historial médico, los medicamentos que toma y cualquier otro problema de salud.

¿Se puede considerar a un especialista como un Médico de Cabecera?

En casos especiales, un especialista puede ser su Médico de Cabecera. Usted, el Médico de Cabecera, el especialista y UnitedHealthcare Community Plan tomarán esta decisión. Para obtener información, llame a Servicio al Cliente.

Recuerde que su Médico de Cabecera es la primera persona a quien debe llamar si tiene preguntas o problemas de salud.

Nota: Para los miembros de STAR+PLUS que están cubiertos por Medicare, no se asignará ningún Médico de Cabecera.

¿Qué debo llevar a la cita médica?

Cuando reciba servicios de atención de la salud, debe llevar la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. Deberá mostrar la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits cada vez que necesite servicios. Si tiene un médico nuevo, lleve cualquier registro médico importante que tenga y cualquier medicamento recetado por un médico.

Visitas al médico

¿Cómo elijo un Médico de Cabecera?

Llame a Servicio al Cliente para obtener ayuda con respecto a cómo elegir uno. Todos los miembros de UnitedHealthcare Community Plan deben elegir un Médico de Cabecera.

También puede solicitar un Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** o puede consultarlo en línea en **UHCCommunityPlan.com**.

¿Puede una clínica ser mi Médico de Cabecera?

Su Médico de Cabecera puede ser un médico, una clínica, un Centro Médico Rural (Rural Health Center, RHC) o un Centro de Atención Médica con Certificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC). Si visita a un médico que le agrada, puede seguir visitándolo si este se encuentra en la red de UnitedHealthcare Community Plan.

Si su médico es un especialista, podría tener autorización para ser su Médico de Cabecera. Si su médico NO pertenece a la red de UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicio al Cliente para elegir un Médico de Cabecera. Si no elige un médico, se le asignará uno. UnitedHealthcare Community Plan le enviará una tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan con el nombre y número de teléfono de su Médico de Cabecera.

¿Qué sucede si acudo a un médico que no es mi Médico de Cabecera?

Excepto en casos de emergencia, siempre llame a su Médico de Cabecera antes de ir a otro médico o al hospital. Puede comunicarse con su Médico de Cabecera o un médico de respaldo las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si va a otro médico que no sea su Médico de Cabecera, es posible que deba pagar la factura.

¿Cómo sé quién paga?

- Si tiene Medicaid y va a un médico de Medicaid, no tiene que pagar el deducible ni el copago
- Si tiene Medicaid, pero no va a un médico de Medicaid, debe pagar el deducible y el copago, si es necesario

¿Tiene preguntas sobre cómo consultar a un Proveedor?

Llame en forma gratuita a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**.

¿Qué sucede si tengo otro seguro?

- Puede seleccionar un Proveedor de su elección que esté dentro de la Red de su cobertura primaria; sin embargo, si ese Proveedor no está inscrito en Medicaid, usted será responsable de los copagos y deducibles

Comuníquese con nosotros al **1-888-887-9003,** TDD/TTY: **7-1-1,** si necesita asistencia para encontrar un Proveedor que acepte toda la cobertura de su seguro.

¿Puedo seguir con mi Proveedor si no está en mi Plan de salud?

Debe intentar elegir un Médico de Cabecera que esté en la Red de Proveedores de su Plan de salud. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita ayuda.

¿Cómo puedo cambiar de Médico de Cabecera?

Lo ideal es mantener el mismo. Su Médico de Cabecera le conoce, tiene sus registros médicos y sabe los medicamentos que toma. A su vez, es la mejor persona para asegurarse de que usted está recibiendo una buena atención médica. Llame a Servicio al Cliente para informarnos que desea cambiar de Médico de Cabecera.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi Médico de Cabecera/el Médico de Cabecera de mi hijo?

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

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

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de Médico de Cabecera?

Entrará en vigencia el día posterior a la realización del cambio. Motivos por los que podría cambiar su Médico de Cabecera:

- Se mudó y necesita un Médico de Cabecera más cercano a su domicilio
- No está satisfecho con su Médico de Cabecera

¿Hay algún motivo por el cual se pueda rechazar una solicitud de cambio de Médico de Cabecera?

- Solicitó un Médico de Cabecera que no forma parte del plan de salud UnitedHealthcare Community Plan
- Solicitó un Médico de Cabecera que no acepta pacientes nuevos porque ya atiende a demasiados pacientes

¿Puede un Médico de Cabecera reasignarme a otro por incumplimiento?

Sí. Si su Médico de Cabecera considera que usted no está siguiendo su consejo médico o si falta a muchas citas, el médico puede pedirle que consulte a otro médico. Su Médico de Cabecera le enviará una carta para informarle que debe encontrar otro médico. Si esto sucede, llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003.** Le ayudaremos a encontrar otro médico.

Cobertura STAR+PLUS y Medicare

¿Cómo me afecta la cobertura STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan si tengo Medicare y STAR+PLUS?

Si tiene Medicare y STAR+PLUS, tiene "doble elegibilidad". Esto significa que tiene más de una forma de cobertura médica. Sus beneficios de STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan no se reducirán ni cambiarán ninguno de sus beneficios de Medicare.

Como miembro "con doble elegibilidad" de Medicare y STAR+PLUS, la Parte D de Medicare cubrirá sus medicamentos recetados. Su Coordinador de Servicios le ayudará a organizar la atención médica con Medicare o su Medicare HMO.

Si tiene cobertura tradicional de Medicare, aún puede acudir al médico que ha estado consultando. También puede obtener servicios especializados cubiertos por Medicare sin la aprobación de STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan. Trabajaremos con su médico para los servicios que reciba a través de STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan. Dígale al Coordinador de Servicios el nombre de su médico habitual, especialmente si cambia de médico.

Podemos ayudarle a elegir un médico si tiene la cobertura tradicional de Medicare y no tiene un médico al que consulte en forma regular. Este médico puede coordinar sus servicios STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan y sus servicios de Medicare.

Si se une a Medicare HMO, su Médico de Cabecera será el médico que haya elegido mediante su Medicare HMO. No tiene que elegir otro Médico de Cabecera para STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan. Su médico de Medicare trabajará con el Coordinador de Servicios de STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan para coordinar sus servicios de STAR+PLUS. No olvide decirle al Coordinador de Servicios el nombre de su Médico de Cabecera de Medicare.

Planes de incentivos para médicos

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

¿Qué es la Coordinación de Servicios?

Se le asignará un Coordinador de Servicios cuando se inscriba en STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan. Esta persona le llamará o le visitará personalmente para hablar con usted sobre sus necesidades de atención de la salud y le brindará más información acerca de los servicios que puede recibir. También le hará preguntas acerca de su salud. Sea honesto y abierto. Su Coordinador de Servicios mantendrá la confidencialidad de todo lo que hable. Este puede ayudarle a realizar lo siguiente:

- Coordinar su atención con el Médico de Cabecera
- Ayudar con cualquier servicio y apoyo médicos, de salud conductual y a largo plazo
- Resolver cualquier problema de atención médica o con sus Proveedores
- Encontrar formas para que usted viva en su hogar o en otras instalaciones comunitarias
- Explicar las opciones de servicio y colocación

¿Qué es la Coordinación de Servicios y en qué puede ayudarme un Coordinador de Servicios?

La Coordinación de Servicios es un servicio que UnitedHealthcare Community Plan le brinda para ayudarle con su salud y bienestar. Un Coordinador de Servicios revisará, planificará y le ayudará a satisfacer sus necesidades de atención de la salud.

¿Cómo puedo comunicarme con un Coordinador de Servicios?

Para comunicarse, busque el número de teléfono en su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. También puede llamar a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para que le ayuden a comunicarse con él. Llame a TDD/TTY **7-1-1** para recibir atención para personas sordas y con dificultades auditivas.

¿Qué otros programas están disponibles para ayudarme a controlar mi enfermedad crónica?

Contamos con programas de tratamiento de enfermedades que ayudan a miembros con enfermedades crónicas como las siguientes:

- Asma
- EPOC
- Arteriopatía coronaria
- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca
- Obesidad

Los miembros de estos programas reciben recordatorios sobre su atención y consejos del personal de enfermería. Si tiene una necesidad especial o necesita ayuda para controlar una enfermedad crónica, llame al **1-888-887-9003** para comunicarse con su Coordinador de Servicios.

Apoyo habitacional

Una vivienda segura y asequible puede hacer que sus objetivos sean alcanzables. Estamos aquí para ayudarle.

- Obtenga ayuda para solicitar los programas de apoyo para viviendas que puedan estar disponibles
- Obtenga información relacionada con alquileres
- Obtenga referidos a refugios y servicios de prevención
- Obtenga una explicación de los documentos
- Obtenga ayuda frente a conflictos con propietarios
- Aprenda lo que debe hacer ante una situación de desalojo

Mejore su vida al recibir ayuda para obtener alimentos, empleo, vestimenta, cuidado infantil, educación, ayuda legal y administración del dinero.

Le conectamos con servicios de calidad en su comunidad

Siempre estamos aquí para responder sus preguntas. Llame al **1-888-887-9003.**



Los Planes están asegurados por UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

© 2023 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.
Y0066_190220_124505_C 932-CST26744 8/19

¿Sabía que podría elegir a su propio cuidador de salud?

UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a administrar sus servicios en el hogar

Servicios Dirigidos por el Consumidor (Consumer-Directed Services, CDS) es un programa para personas con servicios de auxiliar o Proveedor de salud. Este programa le permite encontrar, contratar y capacitar a su auxiliar o Proveedor. También le permite revisar el presupuesto de los servicios. Usted decide cuánto le pagará a su auxiliar y cuánto dinero invertirá en los suministros y equipos que necesita. Puede elegir a la persona para que maneje los servicios por usted. Si elige participar en este programa, una agencia le indicará lo que debe hacer. La agencia también manejará la nómina de sus servicios.

Si elige la opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor, usted es el empleador. Podrá contratar, despedir y administrar a sus propios Proveedores de servicios de salud. Esto puede incluir a los auxiliares, los auxiliares de respaldo, los Proveedores de servicios de relevo dentro y fuera del hogar, y los Proveedores de servicios de habilitación. Usted tendrá el control sobre cómo se distribuirán los fondos de su programa en salarios y beneficios para su empleado. Usted elegirá una agencia de Servicios Dirigidos por el Consumidor para que le ayude y la agencia le proporcionará capacitación y apoyo para ayudarle con sus responsabilidades de empleador, les pagará a sus empleados según su presupuesto y declarará los impuestos por usted.

¿Por qué querría elegir la opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor?

Cuando contrata a sus propios empleados, a menudo puede encontrar a las personas que prefiere para que trabajen para usted. Dentro de su presupuesto asignado para servicios, puede establecer los salarios y beneficios de sus empleados. Puede contratar empleados de respaldo para los momentos en que sus empleados regulares no puedan trabajar. Puede otorgar beneficios, como días de vacaciones y bonificaciones. Usted elige una Agencia de Servicios Dirigidos por el Consumidor (Consumer-Directed Services Agency, CDSA) para que se encargue de las nóminas y los impuestos federales y estatales.

¿Cómo funcionan los CDS?

Usted elige al Administrador de Servicios Dirigidos por el Consumidor (Consumer-Directed Services Administrator, CDSA) para que realice la nómina y actúe como su agente para pagar impuestos. El Administrador de Servicios Dirigidos por el Consumidor le ayuda a establecer un presupuesto. En algunos programas, ofrece orientación sobre reclutamiento, salarios, beneficios y costos administrativos.

¿Qué servicios pueden autodirigirse en qué programas?

Programa	Servicios
Programa de Exención STAR+PLUS (anteriormente conocido como Programa de Alternativas Basadas en la Comunidad)	Servicios de asistencia personal, relevo, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y de la audición
Servicios de atención primaria en el hogar/auxiliar comunitario	Servicios de asistencia personal

Comuníquese con su Coordinador de Servicios de UnitedHealthcare Community Plan para que le ayude a elegir la mejor opción. Esta persona puede decirle qué servicios puede recibir. Llame al **1-888-887-9003;** las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.**

¿Qué sucede si necesito consultar a un médico especializado (Especialista)?

Es posible que su Médico de Cabecera desee que consulte a un médico especializado (Especialista) para ciertas necesidades de atención de la salud. Si bien su Médico de Cabecera puede ocuparse de la mayoría de sus necesidades de atención de la salud, a veces querrá que consulte a un Especialista para su atención. Un Especialista ha recibido capacitación y tiene más experiencia en la atención de ciertas enfermedades y lesiones. UnitedHealthcare Community Plan cuenta con muchos Especialistas que trabajarán con usted y su Médico de Cabecera para atender sus necesidades.

¿Qué es un referido?

El Médico de Cabecera hablará con usted sobre sus necesidades y le ayudará a diseñar planes para que consulte al Especialista que pueda brindarle la mejor atención. Esto se denomina referido. Su médico es el único que puede darle un referido para consultar a un Especialista. Si tiene una visita o recibe servicios de un Especialista sin un referido de su Médico de Cabecera, o si el Especialista no es un Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, es posible que deba pagar la factura. En algunos casos, un obstetra/ginecólogo (obstetrician/gynecologist, OB/GYN) también puede darle un referido para servicios relacionados.

¿Qué servicios no necesitan un referido?

NO necesita un referido para los siguientes casos:

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

Comuníquese con el Médico de Cabecera o con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para determinar si necesita un referido.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un Especialista?

En algunas situaciones, el Especialista puede atenderle de inmediato. Según la necesidad médica, pueden transcurrir hasta unas semanas después de programar la cita para consultar al Especialista.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Tiene derecho a solicitar una segunda opinión de un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan si no está satisfecho con el plan de atención ofrecido por el especialista. Su Médico de Cabecera debe poder darle un referido para una visita de segunda opinión. Si su médico le indica que consulte a un especialista que no sea proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, esa visita deberá ser aprobada por UnitedHealthcare Community Plan. También puede llamar a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda en cuanto a una segunda opinión.

Autorización Previa

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

No necesita autorización previa para los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes que se realizan en una sala de emergencias, unidad de observación, centro de atención de urgencia o durante una hospitalización. No necesita una Autorización Previa en caso de emergencias. No necesita Autorización Previa para consultar a un Proveedor de atención médica para mujeres para recibir servicios de salud para mujeres o si está embarazada o recibe exámenes médicos de Texas Health Steps para miembros menores de 21 años. Los Servicios de Emergencia no requieren Autorización Previa.

Es posible que se necesite una autorización previa

Estos son algunos de los servicios que necesitan autorización previa:

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

Todos los servicios no participantes requieren una Autorización Previa.

¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o de consumo de alcohol o drogas? ¿Necesito un referido para estos servicios?

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de atención de salud conductual y abuso de sustancias Médicamente Necesarios. Si tiene problema de drogas o está muy molesto por algún motivo, usted puede obtener ayuda. Llame al **1-888-887-9003** para obtener ayuda. No necesita un referido para estos servicios.

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

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

¿Qué son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y la Administración de Casos Dirigida a la Salud Mental? ¿Cómo obtengo estos servicios?

Los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental son un programa basado en la comunidad. Estos servicios se proporcionan a personas con trastornos de salud mental. Aprenderá nuevas habilidades. Estas nuevas habilidades se basan en sus fortalezas y capacidades. Estas nuevas habilidades le ayudarán durante una crisis. Su Proveedor de salud mental evaluará su necesidad de estos servicios. Estos servicios pueden proporcionarse con otros servicios de salud mental.

La Administración de Casos Dirigida a la Salud Mental es un programa comunitario. Estos servicios se proporcionan a personas con trastornos de salud mental. Su proveedor de salud mental le pondrá en contacto con un miembro del personal. Este es su Administrador de Casos. Su Administrador de Casos trabajará con usted para encontrar servicios o recursos en su área para ayudarle. Es posible que el Administrador de Casos vaya a su hogar. También puede visitarle en su oficina. Este servicio puede proporcionarse con otros servicios de salud mental.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para recibir asistencia o busque una farmacia en nuestro sitio web en **UHCCommunityPlan.com**.

¿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 al Cliente al **1-888-887-9003** para recibir asistencia o para encontrar una farmacia dentro de la red. También puede visitar nuestro sitio web, **UHCCommunityPlan.com**.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Necesitará la receta, la tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, la tarjeta de Medicare (si tiene una) y la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. Si tiene cobertura de otro plan de seguro, lleve también la tarjeta del otro seguro.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?

Algunas farmacias están en nuestro programa de envíos. Pregunte a la farmacia si envían medicamentos a los miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

Para obtener una lista de las farmacias de la red que hacen envíos, visite este sitio web: **https://www.uhccommunityplan.com/content/dam/uhccp/plandocuments/findapharmacy/Texas_Listing_of_Delivery_Pharmacies.pdf**

O

https://www.uhccommunityplan.com/tx/medicaid/star_kids > "Pharmacy" (Farmacia) > "Find a Pharmacy" (Buscar una farmacia) > "Search for a Pharmacy" (Busque una farmacia) > "Filters and advanced search" (Filtros y búsqueda avanzada) > (Seleccione el filtro) "Retail pharmacy delivery" (Envíos de farmacias minoristas).

¿Con quién debo comunicarme si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

Todas las recetas que obtenga de su médico pueden surtirse en cualquier farmacia que acepte UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.** Recuerde llevar siempre con usted su receta, su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits al médico y a la farmacia.

¿Qué es una aprobación (autorización) previa de medicamentos recetados?

UnitedHealthcare Community Plan ha creado una red de farmacias para que sea más fácil conseguir sus recetas. Su plan cubre una lista de medicamentos recetados. Para ciertos medicamentos recetados, es posible que necesite aprobación previa. La aprobación previa significa que necesitamos dar permiso antes de que reciba un medicamento específico. Le informaremos si necesita nuestra aprobación previa para cualquiera de sus medicamentos con receta. Si tiene que surtir una receta, asegúrese de hacer lo siguiente:

- Verifique que su medicamento recetado se encuentre en el vademécum de Medicaid del Programa de Medicamentos para Proveedores (Vendor Drug Program, VDP) de Texas, que es una lista de todos los productos cubiertos. El vademécum, también conocido como Índice del Código de Medicamentos de Texas, es una lista de todos los productos cubiertos, incluidos los medicamentos recetados y de venta libre. El vademécum se encuentra en el sitio web de medicamentos de proveedores de Texas en **txvendordrug.com/formulary**. Puede usar el vademécum de búsqueda para encontrar medicamentos por nombre o tipo (clase). Dentro del vademécum de VDP de Medicaid también hay una Lista de Medicamentos Preferidos (PDL), que muestra qué medicamentos recomienda el VDP que su médico pruebe primero cuando le emita una receta. Consulte la Lista de Medicamentos Preferidos específica del estado aquí: **https://www.txvendordrug.com/formulary/prior-authorization**.

Nota: La PDL para UnitedHealthcare Community Plan of Texas es administrada por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC), no por UnitedHealthcare.

- La HHSC desarrolla y mantiene la PDL de Medicaid, y las Organizaciones de Atención Médica Administrada deben cumplir con la PDL de Medicaid, que comprende medicamentos en diversas clases terapéuticas que se denominan como "preferidos" o "no preferidos". La PDL de Medicaid contiene un subconjunto de muchos, pero no todos, medicamentos que se encuentran en el vademécum de Medicaid. El vademécum de Medicaid es una lista de medicamentos, vitaminas y minerales, y suministros de salud en el hogar disponibles para los miembros de Medicaid como beneficios de farmacia. Los medicamentos recetados del vademécum, incluida la lista de medicamentos preferidos, están cubiertos sin costo alguno para usted.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro en la farmacia cuando surta sus medicamentos recetados
- Si tiene otro seguro principal, muestre tanto su seguro principal y su seguro de Medicaid en la farmacia. La farmacia debe facturar primero al seguro principal y luego a su seguro de Medicaid. Medicaid es el pagador de último recurso y no debe ser la única tarjeta presentada a la farmacia. Esto confirma su elegibilidad y ayuda a la farmacia a procesar su reclamación.

Si tiene preguntas sobre sus medicamentos recetados, consulte a su Médico de Cabecera o llame a Servicio al Cliente al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si su medicamento recetado no figura en la PDL, o figura, pero requiere aprobación previa, su proveedor de atención puede solicitar una aprobación previa para usted, para que pueda obtener ese medicamento. Aprobaremos o denegaremos la solicitud dentro de las 24 horas. Si se aprueba la solicitud, se les informará a usted y a su Médico de Cabecera sobre la decisión por escrito, incluido el tiempo de aprobación del medicamento. Si se rechaza la solicitud, se les informará a usted a y su Médico de Cabecera sobre la decisión por escrito. En el aviso de la decisión por escrito, se le indicará cómo y cuándo puede apelar esta decisión y cómo presentar una Queja o una Queja Formal ante UnitedHealthcare Community Plan.

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

Si no puede comunicarse con el médico para que este apruebe una receta, es posible que obtenga un suministro de emergencia del medicamento para tres días. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para obtener ayuda con sus medicamentos y renovaciones. Para obtener una lista de los medicamentos cubiertos, visite **UHCCommunityPlan.com**.

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?

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

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy en un centro de enfermería?

La forma en que recibe sus medicamentos en el centro de enfermería no cambiará. Los Medicamentos Recetados están cubiertos a través del programa de Medicamentos para Proveedores de Medicaid o de la Parte D de Medicare.

¿Qué sucede si también tengo Medicare?

Medicare o su Plan de salud de Medicare pagarán sus servicios antes que UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan podría cubrir algunos servicios que no están cubiertos por Medicare para los miembros de STAR+PLUS.

¿Qué sucede si necesito Equipo Médico Duradero (DME) u otros productos que normalmente se encuentran en una farmacia?

Medicare cubre algunos Equipos Médicos Duraderos (Durable Medical Equipment, DME) y productos que normalmente se encuentran en una farmacia. Si son Médicamente Necesarios, UnitedHealthcare Community Plan cubre el costo de los nebulizadores, los suministros para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos para todos los miembros. En el caso de los niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), UnitedHealthcare Community Plan también cubre el costo de los medicamentos de venta libre que se indiquen como Médicamente Necesarios, los pañales, la leche de fórmula y algunas vitaminas y minerales.

Para obtener más información sobre estos beneficios o averiguar si su farmacia ofrece Equipos Médicos Duraderos u otros suministros, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

¿Qué sucede si necesito equipo médico duradero (DME) que requiere autorización previa?

El DME debe ser médicamente necesario para ayudar a mejorar las actividades de la vida diaria o mejorar una condición de salud debido a una enfermedad, lesión o discapacidad.

Primero, hable sobre la necesidad con su médico. Su médico puede ayudar a determinar si es médicamente necesario y preparar los documentos necesarios. Luego, deberá seleccionar un proveedor de DME dentro de la red de su elección. Su proveedor de DME trabajará con su médico para recopilar información y enviarla al plan de salud para su revisión. Por último, el plan de salud determinará si se han cumplido los criterios de necesidad médica para su aprobación. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o a su Coordinador de Servicios al **1-800-349-0550.**

Tenga en cuenta: El equipo médico duradero debe ser seguro para su uso en el hogar.

¿Qué es el Programa de Asignación Cerrada de Medicaid?

Es posible que le asignen al Programa de Asignación Cerrada si no sigue las reglas de Medicaid. Este verifica cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid seguirán siendo los mismos. Cambiarse a una Organización de Atención Administrada diferente no cambiará el estado de asignación cerrada.

Para evitar que le incluyan en el Programa de Asignación Cerrada de Medicaid:

- Elija una farmacia en una ubicación para usar todo el tiempo
- Asegúrese de que su médico principal, dentista principal o los Especialistas a los que le deriven sean los únicos médicos que le den recetas
- No reciba el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos

Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

¿Con quién me comunico si tengo necesidades especiales de atención de la salud y necesito que alguien me ayude?

Si tiene necesidades especiales de atención de la salud, como una enfermedad grave en curso, una discapacidad o afecciones crónicas o complejas, comuníquese con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda con sus necesidades especiales de atención de la salud.

¿Qué sucede si necesito atención de obstetricia o ginecología? ¿Necesitaré un referido?

Atención miembros del sexo femenino: UnitedHealthcare Community Plan le permite elegir cualquier obstetra/ginecólogo, ya sea que ese médico esté en la misma Red que su Médico de Cabecera o no. El obstetra/ginecólogo que elija debe estar en la Red de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan.

Tiene derecho a elegir un obstetra/ginecólogo sin un referido de su Médico de Cabecera. Un obstetra o ginecólogo puede ofrecerle lo siguiente:

- Un examen de bienestar de la mujer por año
- Atención relacionada con el embarazo
- Atención para cualquier afección médica femenina
- Referido a un Especialista dentro de la Red

Puede obtener servicios de obstetricia y ginecología de su médico. También puede elegir un Especialista en obstetricia/ginecología para que se ocupe de sus necesidades de salud femenina. Un obstetra/ginecólogo puede ayudar con la atención del embarazo, los exámenes anuales o si tiene problemas femeninos.

NO necesita un referido de un médico para recibir estos servicios. Su obstetra/ginecólogo y su médico trabajarán juntos para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo como mi Médico de Cabecera?

Si su obstetra/ginecólogo está dispuesto a ser su Médico de Cabecera, pídale que se comunique con nuestro equipo de Servicio al Cliente al **1-888-887-9003.**

¿Puedo conservar a mi obstetra/ginecólogo, aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan?

Si ha pasado la semana 24 de su embarazo, puede seguir visitando a su obstetra/ginecólogo actual para los controles posparto, incluso si el proveedor está fuera de la red. Si desea cambiarse a un obstetra/ginecólogo dentro de la red, puede hacerlo si el proveedor acepta tratarla en el último trimestre de su embarazo. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.** UnitedHealthcare Community Plan hará los arreglos necesarios para que usted continúe el tratamiento con el médico obstetra/ginecólogo que ha estado consultando. El médico también puede comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan para ver si puede convertirse en uno de nuestros Proveedores.

Si no está embarazada o no está en los últimos 3 meses de su embarazo, puede elegir cualquier obstetra/ginecólogo dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Si consulta a un médico que no pertenece a nuestra Red, es posible que sea responsable de pagar cualquier cargo. Si necesita una lista de Proveedores, llame a Servicio al Cliente. Puede llamarnos al **1-888-887-9003** para obtener ayuda a fin de elegir un obstetra o ginecólogo.

¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo?

Llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para obtener ayuda para elegir un obstetra/ginecólogo. También puede solicitar un Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** o puede consultarlo en línea en **UHCCommunityPlan.com**.

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

Sí. Si el obstetra/ginecólogo no es su Médico de Cabecera, aún puede obtener todos los servicios que necesita del obstetra/ginecólogo, incluidos los servicios de planificación familiar, la atención obstétrica y los servicios y procedimientos ginecológicos de rutina.

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

No, no necesita un referido para recibir estos servicios.

¿Cuán pronto puedo recibir atención después de comunicarme con mi obstetra o ginecólogo para programar una cita?

Si necesita recibir atención prenatal, su médico debe verla dentro de las dos semanas posteriores a su solicitud de visita.

¿Qué sucede si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?

UnitedHealthcare Community Plan sabe que las madres sanas tienen bebés sanos. Es por eso que brindamos un cuidado especial a todas nuestras futuras mamás. Tenemos un programa prenatal especial llamado Healthy First Steps que le brinda información y apoyo.

Si está o puede estar embarazada:

- Podemos ayudarle con su embarazo
- Healthy First Steps le brindará información, educación y apoyo para ayudar a reducir los problemas durante su embarazo
- Consulte a su Médico de Cabecera o a un obstetra o ginecólogo. No es necesario que consulte primero a su Médico de Cabecera.

Aquí le mostramos cómo hacerlo:

- Programe una cita con un obstetra/ginecólogo. Debe intentar programar su primera visita prenatal en los próximos 10 días (o lo antes posible).
- El obstetra/ginecólogo que seleccione DEBE estar en nuestra red de proveedores
- Es importante que las mujeres embarazadas consulten a su médico con frecuencia durante el embarazo, incluso si no es su primer hijo
- Si aún no tiene un obstetra/ginecólogo, llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Para encontrar un centro de maternidad, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece UnitedHealthcare Community Plan a las mujeres embarazadas?

Las mujeres embarazadas no solo reciben servicios de administración de casos a través de nuestro Programa Healthy First Steps, sino que también reciben servicios especializados. Recibirán un libro que sirve de guía para las mujeres embarazadas inscritas y ofrece información sobre varios temas relacionados con el embarazo. No necesita Autorización Previa para consultar a un Proveedor de atención médica para mujeres para recibir servicios de salud para mujeres o si está embarazada o recibe exámenes médicos de Texas Health Steps para miembros menores de 21 años. Los Servicios de Emergencia no requieren Autorización Previa. También se invitará a todas las mujeres embarazadas a asistir a nuestros Baby Showers. Las mujeres inscritas y sus invitados pueden participar en los Baby Showers, donde ofrecemos premios, refrigerios e información educativa sobre temas

relacionados con el embarazo, como el Programa Healthy First Steps, el Programa Texas Health Steps, las molestias comunes del embarazo y el parto prematuro.

¿Puedo elegir a un Médico de Cabecera para mi bebé antes de que nazca?

Sí. Puede elegir un Médico de Cabecera para su bebé de la lista de médicos de UnitedHealthcare Community Plan STAR en cualquier momento antes de que nazca su bebé. Es una buena idea para que pueda conocer al médico. Llame a Servicio al Cliente si desea ayuda para elegir un Médico de Cabecera para su bebé.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el Médico de Cabecera de mi bebé?

Puede cambiar el Médico de Cabecera de su bebé de la misma manera que cambia el suyo. Si desea cambiar el Médico de Cabecera de su bebé, llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003.**

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo debo informar a mi Plan de salud? ¿Cómo y cuándo le digo a mi asistente social?

Llame al Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** e infórmenos sobre su nuevo bebé tan pronto como nazca. También solicite hablar con un miembro del personal de enfermería de Healthy First Steps. Llame a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (asistente social) al 1-800-252-8263 para solicitar Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) si necesita ayuda para comprar alimentos para usted y su bebé.

¿Cómo puedo recibir atención de la salud después de que nazca mi bebé y me quede sin cobertura de Medicaid?

Después del nacimiento de su bebé, usted puede perder la cobertura de Medicaid. Es posible que pueda recibir algunos servicios de atención de la salud a través del Programa de Salud de la Mujer de Texas y del Departamento de Servicios Estatales de Salud (Department of State Health Services, DSHS). Estos servicios son para las mujeres que soliciten los servicios y hayan recibido una aprobación.

Programa Healthy Texas Women

El Programa Healthy Texas Women (Mujeres Saludables de Texas) proporciona exámenes de planificación familiar, exámenes de detección relacionados y métodos anticonceptivos para mujeres de 18 a 44 años, cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (185 por ciento del nivel federal de pobreza). Debe enviar una solicitud para averiguar si puede obtener servicios a través de este programa. Para obtener más información sobre los servicios disponibles a través del Programa Healthy Texas Women, envíe un correo postal, llame o visite el sitio web del programa:

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

Teléfono: 1-800-335-8957
Sitio web: **https://www.healthytexaswomen.org/**
Fax (línea gratuita): 1-866-993-9971

Programa de Atención de la Salud Primaria del DSHS

El programa de Atención de la Salud Primaria del DSHS presta servicios a mujeres, niños y hombres que no pueden acceder a la misma atención a través de seguros u otros programas. Para obtener servicios a través de este programa, los ingresos de una persona deben ser iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200 por ciento del nivel federal de pobreza). Es posible que una persona que haya obtenido la aprobación para recibir los servicios tenga que pagar un copago, pero no se denegarán los servicios a nadie por falta de dinero.

El Programa de Atención de la Salud Primaria se centra en la prevención de enfermedades, la detección temprana y la intervención temprana de problemas de salud. Los principales servicios que se prestan son los siguientes:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de salud preventivos, incluidas inmunizaciones (vacunas) y educación sobre la salud, así como servicios de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico adecuados

Los servicios secundarios que pueden proporcionarse son servicios de nutrición, exámenes de detección, atención de la salud en el hogar, atención dental, traslados a visitas médicas, medicamentos que su médico le indique (medicamentos recetados), suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies dañados (servicios de podología) y servicios sociales.

Visitas al médico

Podrá solicitar servicios de atención de la salud primaria en ciertas clínicas de su área. Encuentre una clínica donde pueda presentar su solicitud con el Localizador de clínicas de servicios de salud para la familia y la comunidad del DSHS en **https://www.dshs.texas.gov/services-near-you**.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del programa de Atención de la Salud Primaria, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web:
https://www.hhs.texas.gov/services/health/primary-health-care-services-program
Teléfono: 512-776-7796
Correo electrónico: **PPCU@dshs.state.tx.us**

Programa de Atención de la Salud Primaria Ampliado del DSHS

El programa de Atención de la Salud Primaria Ampliado brinda servicios primarios, preventivos y de detección para mujeres de 18 años o más, cuyos ingresos sean iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200 por ciento del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se proporcionan a través de clínicas comunitarias en virtud de un contrato con el DSHS. Los trabajadores de salud comunitarios ayudarán a garantizar que las mujeres reciban los servicios preventivos y de detección que necesitan. Algunas clínicas pueden ofrecer ayuda con la lactancia.

Puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas de su área. Encuentre una clínica donde pueda presentar su solicitud con el Localizador de clínicas de servicios de salud para la familia y la comunidad del DSHS en **https://www.dshs.texas.gov/services-near-you**.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del programa de Atención de la Salud Primaria Ampliado del DSHS, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Teléfono: 512-776-7796
Fax: 512-776-7203
Correo electrónico: **PPCU@dshs.state.tx.us**

Programa de Planificación Familiar del DSHS

El Programa de Planificación Familiar cuenta con centros clínicos en todo el estado, los cuales proporcionan métodos anticonceptivos de calidad, de bajo costo y fáciles de usar para mujeres y hombres.

Encuentre una clínica en su área con el localizador de clínicas de servicios de salud para la familia y la comunidad del Departamento de Servicios Estatales de Salud en **https://www.dshs.texas.gov/services-near-you**.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Programa de Planificación Familiar, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web:
https://www.healthytexaswomen.org/healthcare-programs/family-planning-program/
Teléfono: 512-776-7796
Fax: 512-776-7203
Correo electrónico: **PPCU@dshs.state.tx.us**

¿Cómo programo una cita?

Si necesita recibir atención médica, debe llamar al Médico de Cabecera, quien coordinará la atención que usted necesite. El nombre y el número de teléfono de su Médico de Cabecera están en su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué debo llevar a la cita?

Cuando vaya a la cita, siempre lleve la tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits, la tarjeta de cualquier otro seguro médico que pueda tener, una lista de sus problemas de salud y una lista de todos los medicamentos o las medicinas a base de hierbas que esté tomando.

¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi Médico de Cabecera cierre?

Si el consultorio está cerrado, el Médico de Cabecera tendrá un número al que puede llamar las 24 horas del día y los fines de semana. Es mejor comunicarse con él tan pronto necesite atención de la salud. No espere hasta la noche o el fin de semana para llamar a su Médico de Cabecera si puede obtener ayuda durante el día. Su enfermedad podría empeorar en el transcurso del día. Si se enferma durante la noche o durante un fin de semana y no puede esperar para recibir atención, llame al Médico de Cabecera al número de teléfono que figura en el anverso de su tarjeta de identificación. Si no puede comunicarse con él o desea hablar con alguien mientras espera que le devuelva la llamada, llame a NurseLine al 1-877-839-5407 para hablar con un miembro del personal de enfermería. Nuestro personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarle. 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?

Si necesita atención médica durante un viaje, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003** y le ayudaremos a encontrar un médico. Si necesita Servicios de Emergencia mientras viaja, diríjase a un hospital cercano y luego llámenos al número gratuito **1-888-887-9003.**

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

Si tiene una emergencia fuera del estado, diríjase a la sala de emergencias más cercana para recibir atención. Si se enferma y necesita atención médica mientras está fuera del estado, llame a su Médico de Cabecera de UnitedHealthcare Community Plan, el cual puede decirle qué debe hacer si no se siente bien.

Si visita a un médico o clínica fuera del estado, estos deben estar inscritos en Medicaid de Texas para recibir el pago. Muestre su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits y su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan antes de que lo atiendan. Pídale al médico que llame a UnitedHealthcare Community Plan para obtener un número de autorización. Encontrará dicho número de teléfono en la parte posterior de su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué sucede si estoy fuera del país?

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

¿Qué debo hacer si me mudo?

Tan pronto como tenga la nueva dirección, entréguela a la oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos llamando al 2-1-1 y a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.** Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan, a menos que necesite Servicios de Emergencia. Continuará recibiendo atención a través de UnitedHealthcare Community Plan hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos cambie su dirección.

¿Qué sucede si quiero cambiar los Planes de salud?

Para cambiar su Plan de salud, puede llamar a la línea de ayuda del programa STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777. Puede cambiar de Plan de salud con la frecuencia que desee.

¿Con quién debo comunicarme?

Para cambiar su Plan de salud, puede llamar a la línea de ayuda del programa STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar de Plan de salud?

Puede cambiar de Plan de salud tantas veces como lo desee, pero no más de una vez al mes.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio del Plan de salud?

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

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

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

Sí. UnitedHealthcare Community Plan podría solicitar que un miembro sea retirado del Plan por una “buena causa”, la cual podría ser, entre otras:

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

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

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 problemas de audición y necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** o TDD/TTY: **7-1-1** para recibir atención para personas sordas y con dificultades auditivas. También puede comunicarse con su Coordinador de Servicios llamando al **1-888-887-9003.**

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

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 traductor. Llame a TDD/TTY **7-1-1** para recibir atención para personas sordas y 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 ayudarle a hablar con él personalmente en el idioma que prefiera. Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para obtener más información.

¿Qué significa "Médicamente Necesario"?

1. Para los miembros recién nacidos hasta los 20 años, los siguientes servicios de Texas Health Steps:
   a. Servicios de evaluación, oftalmología y audición; y
   b. Otros servicios de atención de la salud, incluidos servicios de salud conductual que son necesarios para corregir o mejorar un defecto, una enfermedad física o mental, o una afección. Una determinación de si un servicio es necesario para corregir o mejorar un defecto, una enfermedad física o mental o una afección.
      (i) Debe cumplir con los requisitos de los acuerdos de conciliación parcial de Alberto N., et al. v. Traylor, et al.; y

(ii) Puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.

2. Para los miembros mayores de 20 años, servicios de atención de la salud no relacionados con la salud conductual que tengan las siguientes características:
   a. sean razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas u ofrecer pruebas de detección, intervenciones o tratamientos tempranos para las afecciones que producen sufrimiento o dolor, deformidad física o limitaciones de las funciones, que representan una incapacidad física o la empeoran, que provocan enfermedad o dolencia de un miembro o ponen en peligro la vida;
   b. provistos en centros adecuados y en niveles adecuados de atención para el tratamiento de las afecciones de salud de un miembro;
   c. consecuentes con la guía y las normas de prácticas de atención de la salud que están aprobadas por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o por agencias gubernamentales;
   d. cumplan con los diagnósticos de las afecciones;
   e. no más molestos ni restrictivos que lo necesario para proporcionar un adecuado equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
   f. no son experimentales ni de investigación; y
   g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y
3. Para los miembros mayores de 20 años, servicios de salud conductual que tengan las siguientes características:
   a. son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de dependencia química o de salud mental, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento que deriva de un trastorno de este tipo;
   b. son consistentes con la guía y las normas clínicas profesionalmente aceptadas de práctica en la atención de la salud conductual;
   c. se proporcionan en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el cual los servicios se pueden brindar de forma segura;
   d. son del nivel o suministro de servicios más adecuado que pueden ser provistos de forma segura;
   e. no se podrían omitir sin afectar de manera adversa la salud mental o física del miembro, o la calidad de la atención provista;
   f. no son experimentales ni de investigación; y
   g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Atención médica de emergencia

Se proporciona atención médica de emergencia para Afecciones Médicas de Emergencia y afecciones de salud conductual de emergencia.

Afección Médica de Emergencia significa:

Una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos recientes y con la suficiente gravedad (incluido el dolor agudo) como para que una persona prudente, con conocimientos normales de salud y medicina, pudiera esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría implicar lo siguiente:

1. Poner en grave peligro la salud del paciente;
2. Provocar un deterioro grave de las funciones corporales;
3. Grave disfunción de cualquier órgano o parte corporal;
4. Provocar un desfiguramiento grave; o
5. En el caso de una mujer embarazada, poner en peligro la salud de la mujer o de su hijo por nacer.

Afección de salud conductual de emergencia significa:

Cualquier afección, independientemente de la naturaleza o causa de la afección, que, en opinión de una persona prudente, que posea un conocimiento promedio de medicina y salud:

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

Servicios de Emergencia y atención de emergencia significa:

Servicios cubiertos 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 o Condición de Salud Conductual de Emergencia, incluidos los servicios de atención posterior a la estabilización.

¿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.

¿Qué es la atención posterior a la estabilización?

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

¿Qué es la atención médica de urgencia?

Otro tipo de atención es la atención de urgencia. Hay algunas lesiones y enfermedades que probablemente no sean emergencias, pero que pueden convertirse en emergencias si no se tratan dentro de las 24 horas. Algunos de los ejemplos son los siguientes:

- Quemaduras o cortes leves
- Dolor de oídos
- Dolor de garganta
- Esguinces/esguinces musculares

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica de urgencia?

Para recibir Atención de Urgencia, debe llamar al consultorio de su médico, incluso durante la noche y los fines de semana. Su médico le dirá qué debe hacer. En algunos casos, su médico puede indicarle que acuda a una clínica de atención de urgencia. Si su médico le indica que vaya a una clínica de atención de urgencia, no necesita llamar a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que acepte Medicaid de UnitedHealthcare Community Plan. Para recibir ayuda, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003.** También puede llamar a nuestra línea de ayuda de personal de enfermería disponible las 24 horas al **1-888-887-9003** si desea obtener ayuda para encontrar la atención que necesita.

¿Cuán pronto puedo esperar ser atendido?

Debería poder ver a su médico en un plazo de 24 horas para concertar una cita de atención de urgencia. Si su médico le indica que vaya a una clínica de atención de urgencia, no necesita llamar a la clínica antes de ir. La clínica de Atención de Urgencia debe aceptar Medicaid de UnitedHealthcare Community Plan.

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

Si necesita un chequeo físico, entonces la visita es de **rutina**. Su médico debe atenderle en un plazo de 14 días. UnitedHealthcare Community Plan estará encantado de ayudarle a programar una cita; simplemente llámenos al **1-888-887-9003.**

Recuerde lo siguiente: Es mejor consultar a su médico **antes** de enfermarse para que pueda entablar una relación con él. Es mucho más fácil llamar a su médico por problemas médicos si sabe quién es usted.

Debe consultar a un Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan para recibir Atención de Urgencia y de rutina. Siempre puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** si necesita ayuda para elegir a un Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Los servicios dentales de emergencia están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan?

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios dentales de emergencia limitados en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluidos los siguientes:

- Tratamiento de la mandíbula dislocada
- Tratamiento de daños traumáticos de los dientes y las estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de las encías
- Servicios médicos, hospitalarios y servicios médicos relacionados, como medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores

UnitedHealthcare Community Plan también cubre los servicios dentales que su hijo recibe en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluidos otros servicios que su hijo podría necesitar, como anestesia.

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

Durante el horario de atención habitual, llame al dentista principal de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista principal haya cerrado, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003** o llame al **9-1-1.**

¿Qué servicios dentales cubre UnitedHealthcare Community Plan para los niños?

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios dentales en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Tratamiento de la mandíbula dislocada
- Tratamiento de daños traumáticos de los dientes y las estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de las encías

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

UnitedHealthcare Community Plan también es responsable de cubrir el costo del tratamiento y de los dispositivos para anomalías craneofaciales.

¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo?

El Plan dental de Medicaid de su hijo proporciona todos los demás servicios dentales, incluidos los servicios que ayudan a prevenir las caries y aquellos destinados a solucionar problemas dentales. Llame al Plan dental de Medicaid de su hijo para obtener más información sobre los servicios que ofrece.

Existen tres Planes dentales de Medicaid para niños menores de 21 años:

DentaQuest: 1-800-516-0165

MCNA Dental: 1-855-691-6262

UnitedHealthcare Dental: 1-877-901-7321

Para obtener más información, llame a la línea de ayuda del programa STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777.

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?

Si necesita servicios de atención oftalmológica, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.** Podemos ayudarle a encontrar un Proveedor cerca de usted.

Beneficios y servicios

¿Cuáles son mis beneficios de atención de la salud?

STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios Médicamente Necesarios específicos. Esta lista incluye algunos de sus beneficios de atención de la salud:

- Servicios de ambulancia
- Servicios de audiología, incluidos audífonos, para adultos y niños
- Servicios de salud conductual
- Servicios de maternidad
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de asesoramiento para adultos
- Diálisis
- Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno de hospitalización
- Suministros y equipo médico duradero
- Servicios de Intervención en la Primera Infancia (Early Childhood Intervention, ECI)
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de Atención de la Salud en el Hogar
- Servicios hospitalarios, para pacientes ambulatorios y hospitalizados
- Laboratorio
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados
- Controles médicos y servicios del Programa de Atención Integral (Comprehensive Care Program, CCP) para niños a través del Programa Texas Health Steps
- Optometría, anteojos y lentes de contacto, si son Médicamente Necesarios
- Evaluación bucal y barniz de flúor en el hogar médico junto con el control médico de Texas Health Steps para niños de entre 6 y 35 meses de edad
- Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla

- Podología
- Atención prenatal
- Servicios preventivos que incluyen un control de bienestar anual para adultos para pacientes mayores de 21 años
- Servicios de atención primaria
- Servicios de psiquiatría
- Radiología, diagnóstico por imágenes y radiografías
- Servicios de médicos Especialistas
- Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias
- Trasplante de órganos y tejidos
- Servicios oftalmológicos

¿Cómo obtengo estos servicios?

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

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?

Es posible que haya limitaciones en algunos de los servicios cubiertos. Si desea obtener más detalles, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003.**

¿Cambiarán mis beneficios de STAR+PLUS si estoy en un centro de enfermería?

Las personas cubiertas por Medicaid que son elegibles para STAR+PLUS y viven en un centro de enfermería recibirán sus servicios de salud básicos (atención aguda) y servicios de atención a largo plazo a través de STAR+PLUS. Las personas que reciben tanto Medicaid como Medicare (doble elegibilidad) recibirán sus servicios de salud básicos a través de Medicare y sus servicios de atención a largo plazo a través de STAR+PLUS Medicaid.

¿Para qué servicios soy elegible como miembro del Programa de Medicaid para el Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (MBCC)?

Los miembros del Programa de Medicaid para el Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (Medicaid Breast and Cervical Cancer, MBCC) son elegibles para todos los beneficios del programa STAR+Plus, incluida la atención especializada, la oncología y la Coordinación de Servicios.

¿Qué son los servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS) y cómo obtengo estos servicios?

Los Servicios y Apoyos de Atención a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) son servicios proporcionados por profesionales de atención médica que ofrecen servicios directos en el hogar y basados en la comunidad para personas mayores y personas con discapacidades. Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para solicitar estos servicios.

¿Cuáles son mis Servicios y Apoyos de Atención a Largo Plazo (LTSS)?

Estos pueden incluir lo siguiente:

- Actividades Diarias y Servicios de Salud (Day Activity and Health Services, DAHS)
- Atención Primaria en el Hogar (Primary Home Care, PHC)
- Community First Choice (atención de auxiliares, servicios de habilitación, servicios de respuesta a emergencias y administración de apoyo)

Otros servicios en el marco del Programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad de STAR+PLUS incluyen lo siguiente:

- Servicios de asistencia personal
- Dispositivos de adaptación
- Servicios de hogar de acogida para adultos
- Residencia asistida
- Servicios de respuesta a emergencias
- Comidas de entrega a domicilio
- Suministros médicos

- Modificaciones menores en el hogar (hacer cambios en su hogar para que pueda moverse de manera segura)
- Servicios de enfermería
- Atención de relevo (atención a corto plazo para proporcionar un descanso a los cuidadores)
- Terapias (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla y lenguaje)
- Servicios de asistencia de transición

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios?

Llame a su Coordinador de Servicios de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

¿Cuáles son mis beneficios de la atención aguda?

Los servicios Médicamente Necesarios que STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan cubre se enumeran a continuación. Los hospitales de la Red STAR+PLUS proporcionarán todos los artículos y servicios necesarios cuando su médico los solicite. Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados:

- Cuarto semiprivado y comida, unidad de cuidados críticos o unidad cardíaca
- Sangre entera necesaria para el tratamiento de enfermedades o lesiones
- Atención del parto (atención habitual y atención prenatal especial para mujeres embarazadas con problemas específicos)
- Atención para recién nacidos (atención regular para recién nacidos y atención especial en la guardería para recién nacidos con problemas)
- Todos los servicios y suministros de apoyo necesarios que haya indicado un médico
- Servicios de trasplante, incluidos los trasplantes de hígado, corazón, pulmón, médula ósea y córnea
- Servicios de ambulancia para casos de emergencia y situaciones que no sean de emergencia para miembros con discapacidades graves
- Servicios de salud conductual y abuso de sustancias

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios:

Para los Servicios de Emergencia, STAR+PLUS cubrirá la atención hospitalaria para pacientes ambulatorios de la siguiente manera:

- Servicios prestados en la sala de emergencias o en la clínica de atención hospitalaria
- Artículos o servicios de prueba o rehabilitación que haya solicitado su médico
- Cirugía que no requiera una hospitalización
- Servicios de salud conductual y abuso de sustancias (si son Médicamente Necesarios)

Centros de cirugía sin cita previa:

- Cirugía menor que no requiera una hospitalización

Servicios profesionales:

- Visitas al consultorio para recibir atención habitual, lo cual incluye lo siguiente:
  - Atención para prevenir enfermedades (examen físico anual para adultos)
  - Atención médica regular
  - Vacunas para prevenir enfermedades (inmunización)
  - 12 visitas de servicio quiropráctico por año
  - Servicios de podología
- Servicios de laboratorio y radiografías, incluidas pruebas para prevenir defectos congénitos
- Servicios genéticos
- Exámenes auditivos y audífonos Médicamente Necesarios
- Servicios dentales de emergencia
- Diálisis para problemas renales
- Servicios de planificación familiar
- Asesores profesionales con licencia, trabajadores sociales y servicios de salud mental
- Servicios de médicos oftalmólogos: los niños menores de 21 años pueden realizarse un examen de la vista cada año fiscal estatal (del 1 de septiembre al 31 de agosto)

Otros servicios:

Servicios de clínicas rurales de salud, incluidos los siguientes:

- Servicios de médicos y sus servicios de apoyo
- Servicios de personal de enfermería y de trabajadores sociales
- Servicios de visitas de personal de enfermería
- Servicios básicos de laboratorio
- Servicios de maternidad
- Servicios de parteros certificados
- Servicios en centros de maternidad, incluidos servicios de admisión, trabajo de parto, parto, posparto y atención obstétrica total
- Chequeos médicos de Texas Health Steps
- Terapia ocupacional, de audición, del habla o del lenguaje
- Servicios de Centros de Salud con Certificación Federal. (Estas son clínicas comunitarias que han atendido a las personas de la zona durante mucho tiempo. Quizás desee visitar una y ver qué tipo de servicios médicos ofrecen.)

Nota: Para los miembros de Medicaid únicamente, STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan ayudará al miembro a hacer la transición a Medicare si se aprueba o la transición a Medicaid tradicional.

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios?

Llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** si tiene preguntas sobre cómo obtener estos servicios o visite **myuhc.com** para obtener una oferta de beneficios integral y más actualizada.

¿Qué servicios no están cubiertos?

Si desea saber si un procedimiento o medicamento está cubierto en virtud de STAR+PLUS, comuníquese con su Médico de Cabecera o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003.** Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.**

- Servicios provistos por proveedores no aprobados
- Servicios del personal de enfermería de Ciencia Cristiana
- Dentaduras postizas
- Enfermería privada
- Servicios o suministros no cubiertos por Medicaid
- Servicios o suministros proporcionados a un miembro después de que se haya realizado un hallazgo tras una revisión de que estos servicios o suministros no son Médicamente Necesarios
- Servicios o suministros pagados por cualquier programa de beneficios de salud, de accidentes y del gobierno federal u hospitales de servicios de salud públicos en los EE. UU.
- Servicios provistos únicamente por razones de estética
- Operaciones para cambio de sexo
- Reversión de esterilización solicitada por la propia persona
- Servicios y suministros a cualquier persona que sea paciente hospitalizado en una institución pública
- Servicios de asesoramiento social y educativo (excepto la capacitación para padres)
- Procedimientos o servicios experimentales o de investigación

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte la página 32 de este Manual para Miembros.

Planificación familiar

¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesito un referido para estos servicios?

Puede acudir a su Médico de Cabecera o a cualquier médico o clínica de planificación familiar que acepte Medicaid para ayudarle con la planificación familiar. No necesita un referido. Infórmele a su Médico de Cabecera adónde irá para poder mantener sus registros actualizados. Los servicios de planificación familiar son muy privados. No debe preocuparse de que nadie se entere de que usted está realizando la planificación familiar.

Los Proveedores y las agencias de planificación familiar no pueden exigir el consentimiento de los padres para que los menores reciban servicios de planificación familiar.

¿Dónde puedo encontrar un Proveedor de servicios de planificación familiar?

Puede encontrar las ubicaciones de los Proveedores de planificación familiar de su área en línea, en **https://www.healthytexaswomen.org/find-a-doctor**, o puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** si desea ayuda para encontrar un Proveedor de planificación familiar.

¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola inmigrante?

Los hijos de los trabajadores agrícolas inmigrantes pueden realizarse un chequeo médico de Texas Health Steps antes de la fecha estipulada. Se puede realizar el chequeo antes si sale del área. La cita y el examen deben realizarse antes de salir del área. Puede llamar al **1-888-887-9003** para obtener ayuda para programar la cita. Este es un beneficio únicamente para hijos de trabajadores agrícolas inmigrantes y es considerado un servicio "acelerado" de Texas Health Steps, o un servicio que se brinda antes de la fecha estipulada. Llámenos para informarnos si alguien de su familia es un trabajador agrícola inmigrante.

Otros detalles del plan

¿Qué beneficios adicionales obtengo como miembro de UnitedHealthcare Community Plan?

Servicios de valor agregado

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

Transporte para servicios de salud

Como parte de sus beneficios de transporte de UnitedHealthcare, es posible que también sea elegible para recibir asistencia de transporte adicional a citas de atención de la salud que actualmente no están cubiertas por Medicaid. Por ejemplo, viajes a supermercados, viviendas y oficinas de servicios públicos.

Condiciones: Recibe 4 viajes de ida y vuelta para necesidades de salud que no estén cubiertas por Medicaid, como ir al supermercado, buscar ayuda para la vivienda y oficinas de servicios públicos. Los niños de 0 a 17 años deben viajar con un adulto. Llama a SafeRide para reservar tus viajes al **1-888-462-6050.**

Consejos para cuando llames para programar un viaje:

- Llama para programar el viaje al menos 2 días antes de tu cita
- Número de identificación del miembro de UnitedHealthcare
- Nombre del Proveedor
- Dirección del Proveedor
- Número de teléfono del Proveedor
- Hora de la cita

Servicios dentales adicionales para adultos entre 21 a 120 años

Hasta $500 al año para:

- Dos exámenes/limpiezas de rutina
- Una serie de radiografías
- Un tratamiento de escalamiento/planeamiento de raíz (si es médicamente necesario)

Condiciones: Debe acudir a un Proveedor dentro de la Red. No incluye a los miembros con doble elegibilidad ni a los miembros con una exención de Medicaid.

Servicios adicionales de la vista

Recibe $105 cada 24 meses para marcos, lentes o lentes de contacto que no cubra Medicaid.

Condiciones: Debe acudir a un Proveedor dentro de la Red. Hasta $105 cada 24 meses si no está cubierto por el beneficio de Medicaid. No incluye pares de repuesto. No incluye a los miembros con doble elegibilidad.

Manejo de la diabetes y otras enfermedades

Tarjeta de recompensa para diabéticos

Tarjeta de $15 para comprar artículos de venta libre, como plantillas para diabéticos.

Condiciones: Disponible para miembros con un diagnóstico de diabetes. Una vez al año*. No incluye miembros con doble elegibilidad.

Recordatorios de texto para tus medicinas

Acceso al Portal para miembros de Optum. Programa recordatorios de texto para tus medicinas por internet.

Condiciones: Necesitas una computadora, tableta o teléfono para entrar.

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Tarjeta de recompensa para la salud diaria

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

Condiciones: Una al año.* Debe tener un diagnóstico de diabetes. No incluye a los miembros con doble elegibilidad.

Báscula de peso corporal

Una báscula de peso al año* para miembros con insuficiencia cardíaca que están en el programa de manejo de enfermedades.

Condiciones: Miembros que están en tratamiento activo con un diagnóstico de insuficiencia cardíaca. No incluye a los miembros con doble elegibilidad.

Ayuda para miembros con asma o EPOC

Recompensa contra plagas

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

Condiciones: Para miembros en manejo de casos por asma o EPOC. Una al año*. No incluye miembros con doble elegibilidad.

Tarjeta de $25 para asma o COPD

Tarjeta de $25. 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*. No incluye a miembros con doble elegibilidad.

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Asistencia de vida en una comunidad

Servicios de Respuesta a Emergencias (Emergency Response Services, ERS)

Los miembros elegibles pueden tener acceso a un sistema de monitoreo electrónico, que incluye monitoreo las 24 horas, los siete días de la semana y que ayuda a garantizar que se contacte a la persona o agencia de servicio adecuada en caso de emergencia.

Condiciones: Servicio de emergencia 24/7. Hasta 6 meses después del alta de un hospital o centro de enfermería. Diponible para a miembros que no están en un programa de exención o Community First Choice.

Servicios de atención de relevo (visitas domiciliarias)

Los servicios de atención de relevo ofrece un descanso para los familiares o amigos que son cuidadores no pagos.

Condiciones: Hasta 8 horas por año calendario de servicios de relevo en el hogar para los miembros que no están en la exención STAR+PLUS. Debes usar un proveedor dentro de la red.

Tarjeta de recompensa para comida saludable

Tarjeta de $60 para comprar alimentos saludables si sales del hospital después de una estancia de 2 días o más.

Condiciones: Disponible para miembros que no participan en el Programa de Exención STAR+PLUS y que salen de una estadía en el hospital de 2 o más días. Una vez al año.*

Kit de bienvenida al hogar

1 Kit de Bienvenida al Hogar cuando regresas a casa después de una estancia en un centro de enfermería.

Condiciones: Incluye 1 kit al año.* Excluye miembros con doble elegibilidad.

*Cada año fiscal estatal, 9/1-8/31.

Vida saludable y ejercicio

Programa de bienestar en línea

Recibe consejos para bajar de peso y hacer ejercicio. Disponible en línea en **myuhc.com**.

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

Tarjeta de recompensa para comida y ejercicio

Tarjeta de $40 para comida saludable y artículos de ejercicio.

Condiciones: Una al año. Excluye miembros con doble elegibilidad.

Salud conductual

Recursos de salud mental en línea

LiveandWorkWell.com tiene noticias, videos, recursos legales y puedes encontrar doctores y otros tipos de cuidado.

Condiciones: Necesitas tableta, computadora o teléfono inteligente para acceder. En inglés y español.

Applicación 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.

Incentivo de seguimiento para pacientes hospitalizados

Tarjeta de $20 para miembros que visitan un profesional de salud mental dentro de 7 días de salir de un hospital de salud mental.

Condiciones: Debe ser dentro de los 7 días después de salir de un hospital de salud mental para pacientes internados. No incluye a los miembros con doble elegibilidad. Una por año.*

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Diario de salud mental

Un diario de salud mental. Incluye una lista de recursos relacionados con la salud mental en la que los miembros pueden escribir siguiendo indicaciones para procesar sus sentimientos.

Condiciones: Un diario de salud mental por año.* No incluye a los miembros con doble elegibilidad.

Programas de regalos

Kit Creativo

Kit Creativo con sopa de letras, crucigramas actividades y Sudoku. Incluye lápices de colores y libros para colorear.

Condiciones: Incluye 1 kit por año.*

Un radio NOAA/FM/AM para emergencias

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

Condiciones: Un radio por año.*

Libro sobre la menopausia

Un libro “Generación M”. Para miembros de 31 a 65 años que presentan síntomas de perimenopausia o menopausia.

Condiciones: Un libro por año.*

Recompensa por inscripción en línea

Tarjeta de $15 para nuevos miembros que se registren en **myuhc.com**.

Condiciones: Debes registrarte en los primeros 30 días después de inscribirse con UHC. Una al año*.

*Cada año fiscal estatal, 9/1-8/31.

Ayuda adicional para miembros que están embarazadas

Apoyo durante el embarazo

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

- $25 por asistir a una visita prenatal.

Apoyo después del parto

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

- $25 por asistir a una visita posparto

Wellhop

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

Condiciones: Embarazadas pueden inscribirse en Wellhop por internet.

Monitor de presión arterial

1 monitor de presión arterial, para miembros embarazadas con presión arterial alta o en riesgo.

Condiciones: Los coordinadores de servicios comprueban la necesidad. Uno por embarazo. No incluye a los miembros con doble elegibilidad.

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Servicios de bienestar y salud

Productos sensoriales

Certificado de $35 para productos sensoriales. Para miembros con trastorno de procesamiento sensorial.

Condiciones: El coordinador de servicios verifica la necesidad. Uno al año.* No incluye a los miembros con doble elegibilidad.

Programas para dejar de fumar cigarrillos electrónicos de vapor

Los miembros que usan cigarrillos electrónicos de vapor pueden obtener ayuda para dejar de fumar. Hay educación y apoyo en un programa por internet.

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

Segundo aparato auditivo

Recibe un segundo aparato auditivo sin costo si ya tienes uno cubierto por Medicaid.

Condiciones: Disponible para miembros de 21 a 120 años. Se necesita una receta médica. Disponible una vez cada 5 años. No incluye a los miembros con doble elegibilidad.

Chats de información de salud en línea

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.

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Ayuda para miembros con discapacidades intelectuales o del desarrollo (intellectual or developmental disabilities, IDD)

Asistencia para ubicación

Certificado de $30 para pulseras de identificación y otros artículos para ayudar a los miembros que puedan perderse, confundirse o no puedan pedir ayuda.

Condiciones: El Coordinador de Servicios verifica la necesidad. Una por año.*

Ropa interior menstrual lavable

3 pares de ropa interior menstrual lavable.

Condiciones: Debe tener un diagnóstico de discapacidad intelectual o del desarrollo. Una al año.*

¿Cómo puedo obtener esos beneficios?

Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003,** TDD/TTY: **7-1-1,** para obtener más información sobre cómo obtener estos servicios. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.

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

UnitedHealthcare Community Plan puede derivarle a clases de educación para la salud, como cursos para padres y clases para ayudarle a dejar de fumar. Llame a su Coordinador de Servicios al **1-888-887-9003** para obtener más información sobre educación para la salud.

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

¿Qué otros servicios UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarme a obtener?

El programa STAR+PLUS cubre los siguientes servicios. Estos servicios son ofrecidos por otros Proveedores fuera de la Red de UnitedHealthcare Community Plan. Nos complacerá referirle a uno de estos Proveedores si necesita estos tipos de servicios:

- Administración de casos para niños y mujeres embarazadas. Visite el sitio web a continuación para obtener más información: **https://www.hhs.texas.gov/providers/health-services-providers/case-management-providers-children-pregnant-women**
- Medicamentos recetados
- Servicios odontológicos de Texas Health Steps
- Clínicas contra la tuberculosis (TB)
- Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC)
- Intervención en la Primera Infancia (ECI)
- Servicios brindados por médicos de hospitales federales o estatales
- Administración de Casos de Salud Mental y Retraso Mental (Mental Health and Mental Retardation, MHMR)
- Evaluación de Diagnóstico de Retraso Mental (Mental Retardation Diagnostic Assessment, MRDA)
- Rehabilitación en salud mental
- Servicios de Salud Escolar y Relacionados (School Health and Related Services, SHARS) de Texas
- Comisión de Texas para Personas con Ceguera (Texas Commission for the Blind, TCB)

¿Qué es la Administración de Casos para niños y mujeres embarazadas?

¿Necesita ayuda para encontrar y obtener servicios? Es posible que pueda obtener un Administrador de Casos para que le ayude.

¿Quién puede obtener un Administrador de Casos?

Niños, adolescentes, adultos jóvenes (desde el nacimiento hasta los 20 años) y mujeres embarazadas que reciben beneficios de Medicaid y que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

- Tienen problemas de salud
- Tienen un alto riesgo de tener problemas de salud

¿Qué hacen los Administradores de Casos?

Un Administrador de Casos le visitará y luego hará lo siguiente:

- Averiguará qué servicios necesita
- Encontrará servicios cerca de donde vive
- Le enseñará cómo encontrar y obtener otros servicios
- Se asegurará de que reciba los servicios que necesita

¿Qué tipo de ayuda puedo recibir?

Nuestros Administradores de Casos pueden ayudarle con lo siguiente:

- Obtener servicios médicos y dentales
- Obtener equipos o suministros médicos
- Solucionar problemas escolares o educativos
- Solucionar otros problemas

¿Cómo puede conseguir un Administrador de Casos?

Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003,** TDD/TTY: **7-1-1,** visite **UHCCommunityPlan.com** o llame a Texas Health Steps al 1-877-847-8377 (número gratuito), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Para obtener más información, visite **https://www.hhs.texas.gov/providers/health-services-providers/case-management-providers-children-pregnant-women**.

Intervención en la Primera Infancia (ECI)

¿Qué es la Intervención en la Primera Infancia?

La Intervención en la Primera Infancia (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 de la comunidad
- Las familias de todos los niveles de ingresos reciben servicios de ECI

¿Necesito un referido para estos servicios?

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 tenga una afección médica diagnosticada con una alta probabilidad de provocar un retraso en el desarrollo, califica automáticamente para la ECI. Llame a su Coordinador de Servicios al **1-877-352-7798** para obtener asistencia.

¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

Todos los profesionales de ECI tienen experiencia en trabajar con bebés, niños pequeños y sus familias. 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 os 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 lenguaje

Si no tengo automóvil, ¿cómo puedo conseguir que me lleven al consultorio del médico? ¿A quién debo llamar para que me lleve a una cita médica?

Transporte

Servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia (NEMT)

¿Qué son los servicios de NEMT?

Los servicios de NEMT proporcionan transporte a citas de atención de la salud que no sean de emergencia para miembros que no tienen otras opciones de transporte. Esto incluye traslados al médico, dentista, hospital, farmacia y otros lugares donde recibe servicios de Medicaid. Estos traslados NO incluyen traslados en ambulancia.

¿Qué servicios forman parte de los servicios de NEMT?

- Pases o boletos para el transporte, como el transporte público dentro de ciudades o estados, o entre ciudades y estados, incluidos los trenes o autobuses
- Servicios comerciales de transporte aéreo
- Servicios de transporte de respuesta a la demanda, es decir, transporte de acera a acera en autobuses, camionetas o sedanes privados, incluidos vehículos con accesibilidad para sillas de ruedas, si es necesario

- Reembolso de millas para un participante de transporte individual (individual transportation participant, ITP) por un traslado verificado que se haya realizado para asistir a un servicio de atención de la salud cubierto. El ITP puede ser usted, una parte responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos correspondientes al costo de las comidas relacionadas con un traslado de larga distancia para obtener servicios de atención de la salud. La tarifa diaria para comidas es de $25 por día para el miembro y de $25 por día para un asistente aprobado.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos correspondientes al costo del alojamiento relacionado con un traslado de larga distancia para obtener servicios de atención de la salud. Los servicios de alojamiento se limitan a una estadía nocturna y no incluyen ningún servicio utilizado durante su estadía, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios de NEMT autorizados

Si necesita que un asistente viaje con usted a su cita, los servicios de NEMT cubrirán los costos de transporte de su asistente.

Los niños menores de 14 años deben viajar acompañados por su padre, madre, tutor u otro adulto autorizado. Los niños de 15 a 17 años deben viajar acompañados por su padre, madre, tutor u otro adulto autorizado, o tener un consentimiento registrado de su padre, madre, tutor u otro adulto autorizado para viajar solos. No se requiere el consentimiento de los padres si el servicio de atención de la salud es de naturaleza confidencial.

¿Cómo puedo obtener un traslado?

Su MCO le proporcionará información sobre cómo solicitar servicios de NEMT. Debe solicitar los servicios de NEMT lo antes posible y con al menos dos días hábiles de anticipación al día en que necesite el servicio de NEMT. En ciertas circunstancias, puede solicitar el servicio de NEMT con menos anticipación. Esto incluye transporte desde el hospital después de ser dado de alta; transporte a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados; y transporte por afecciones urgentes. Una afección urgente es una afección médica que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de las 24 horas. Debe notificar a su Organización de Atención Administrada antes del horario del traslado aprobado y programado si su cita médica se cancela.

Llame a la **línea directa Where's My Ride** al **1-888-462-6050,** TTY **711,** de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., para analizar sus necesidades de servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia.

Responsabilidades adicionales de los miembros al usar los servicios de NEMT

1. Al solicitar servicios de NEMT, debe proporcionar la información solicitada por la persona que organice o verifique su transporte.
2. Debe seguir todas las normas y regulaciones que se apliquen a sus servicios de NEMT.
3. Debe devolver los fondos adelantados que no utilice. Debe proporcionar pruebas de que asistió a su cita médica para poder recibir fondos anticipados en el futuro.
4. No debe abusar ni acosar de manera verbal, sexual o física a nadie al solicitar o recibir los servicios de NEMT.
5. No debe perder los boletos o fichas de autobús, y debe devolver cualquier boleto o ficha de autobús que no utilice. Debe usar los boletos o fichas de autobús solo para ir a su cita médica.
6. Solo debe usar los servicios de NEMT para trasladarse hacia y desde sus citas médicas.
7. Si ha coordinado un servicio de NEMT, pero debido a cualquier circunstancia ya no necesita el servicio, debe comunicarse con la persona que le ayudó a coordinar su transporte lo antes posible.

¿Qué son los servicios y entornos sustitutivos?

Los servicios y entornos sustitutivos son aquellos que se le proporcionan en lugar de otros servicios que podría no necesitar ni desear. En esta sección, le explicaremos qué son los servicios de reemplazo y cómo pueden beneficiarle.

Los servicios y entornos sustitutivos son diferentes servicios que se le pueden proporcionar en un entorno aprobado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos que no sea un hospital. Estos servicios alternativos pueden ser más convenientes para usted y adaptarse mejor a sus necesidades individuales. Por ejemplo, un programa de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Program, PHP) es como un paso intermedio entre permanecer en el hospital e irse a casa. Es un programa especial que se realiza durante el día en un hospital psiquiátrico. El programa está muy organizado y sigue un horario establecido generalmente entre las 9 a.m. y las 3 p.m. Además, los servicios intensivos para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Services, IOP) son como una versión pequeña de un programa de hospitalización parcial. Siguen siendo muy estructurados, pero se reducen a 10 horas a la semana durante un período de 4 a 12 semanas. Esto se considera más intensivo y estructurado que los servicios psiquiátricos ambulatorios normales.

Es importante tener en cuenta que los servicios y entornos sustitutivos no sustituyen a los servicios regulares cubiertos por su plan. Si tiene una afección médica que requiere un determinado tipo de tratamiento, igualmente deberá recibir ese tratamiento a través de su plan. Sin embargo, si cree que un servicio y entorno sustitutivo sería más adecuado para usted, no dude en ponerse en contacto con nosotros para hablar de ello.

¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid, pero la vuelve a obtener en un plazo de seis (6) meses, recibirá sus servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder su cobertura de Medicaid. También tendrá el mismo Médico de Cabecera que tenía antes.

¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar la solicitud de renovación?

Llame a UnitedHealthcare Community Plan o al 2-1-1 para obtener ayuda con la renovación de una solicitud.

La renovación de Medicaid se completa cuando la familia firma y envía a la Comisión de Salud y Servicios Humanos el Formulario de Inscripción/Transferencia correspondiente, si la familia elige un nuevo Plan médico o dental.

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

Si recibe una factura del médico, hospital u otro Proveedor de atención médica, pregunte el motivo por el que le están facturando. Su médico, Proveedor de atención médica u hospital no pueden facturarle los servicios cubiertos y aprobados de Medicaid. Usted no tiene que pagar las facturas que debería pagar UnitedHealthcare Community Plan.

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

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

¿Qué debo hacer si me mudo?

Tan pronto como tenga su nueva dirección, entréguela a la oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos y a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan, a menos que necesite Servicios de Emergencia. Continuará recibiendo atención a través de UnitedHealthcare Community Plan hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos cambie su dirección.

¿Qué sucede si tengo otro seguro de salud además de Medicaid?

Medicaid y seguros privados

Debe informar al personal de Medicaid sobre cualquier seguro de salud privado que tenga.

Debe llamar a la línea directa de Recursos de Terceros de Medicaid y actualizar su expediente del caso de Medicaid si:

- Se cancela su seguro de salud privado
- Obtiene una nueva cobertura de seguro
- Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros

Puede llamar a la línea directa gratuita al 1-800-846-7307. Si tiene otro seguro, aún puede calificar para Medicaid. Cuando le informa al personal de Medicaid sobre su otro seguro de salud, usted ayuda a asegurarse de que Medicaid solo pague lo que su otro seguro de salud no cubre.

Importante: Los Proveedores de Medicaid no pueden negarle los servicios debido a que usted tiene un seguro de salud privado además de Medicaid. Si los Proveedores le aceptan como paciente de Medicaid, también deben inscribirse en su compañía de seguro de salud privada.

¿Puede mi Proveedor de Medicare enviarme una factura por los servicios o suministros si estoy inscrito tanto en Medicare como en Medicaid?

No se le puede facturar el "costo compartido" de Medicare, que incluye deducibles, coseguro y copagos que están cubiertos por Medicaid.

Quejas y Apelaciones

¿Qué debo hacer si tengo una Queja?

Deseamos ayudarle. Si tiene una Queja, llámenos de forma gratuita al **1-888-887-9003** para contarnos su problema. Un Defensor de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan podrá ayudarle a presentar una Queja. Simplemente llame al **1-888-887-9003.** La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o como máximo a los pocos días.

Una vez que haya pasado por el proceso de Quejas de UnitedHealthcare Community Plan, puede presentar una Queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Para ello, llame al número gratuito 1-866-566-8989. Si desea presentar su Queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247

Si tiene acceso a Internet, puede presentar su Queja en **https://www.hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsman/ombudsman-frequently-asked-questions**.

¿Con quién debo comunicarme?

Llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003,** TDD/TTY: **7-1-1,** para recibir atención para personas sordas y con dificultades auditivas.

¿Dónde puedo enviar una Queja por correo postal?

Para Quejas por escrito, envíe su carta a STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan. Debe indicar su nombre, número de identificación de miembro, número de teléfono y dirección, y el motivo de su Queja. Envíe la carta a la siguiente dirección:

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

¿Cuáles son los 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 en la que se informará qué hicimos con respecto a su Queja.

¿Cuánto tiempo tardará el procesamiento de mi Queja?

La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o como máximo a los pocos días. Recibirá la carta en un plazo de 30 días posteriores a la presentación de la Queja ante UnitedHealthcare Community Plan.

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

Sí, un representante del Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a presentar una Queja. Simplemente llame al **1-888-887-9003.** La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o como máximo a los pocos días.

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

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si no se aprueba un servicio cubierto que usted solicitó o si se deniega el pago total o parcial de los servicios. Si no está conforme con nuestra decisión, llame a UnitedHealthcare Community Plan dentro de los 60 días a partir del momento en que reciba nuestra carta.

Debe apelar la decisión dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha que figura en la carta, o antes de la fecha de entrada en vigencia de la medida que figura en la carta, para asegurarse de que sus servicios no se interrumpan. Puede apelar enviando una carta a UnitedHealthcare Community Plan, enviando por correo el formulario de apelación que se incluye en la carta que recibió o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Puede solicitar una extensión de hasta 14 días de tiempo adicional para la Apelación. UnitedHealthcare Community Plan puede tomar tiempo adicional en la Apelación si es mejor para usted. Si esto sucede, UnitedHealthcare Community Plan le informará por escrito el motivo de la demora.

Puede comunicarse con Servicio al Cliente y solicitar ayuda la Apelación. Cuando llame a Servicio al Cliente, le ayudaremos a presentar una apelación. Luego le enviaremos una carta y le pediremos a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme un formulario.

¿Cómo puedo saber si los servicios se denegaron?

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si un servicio cubierto solicitado por su Médico de Cabecera se deniega, demora, limita o interrumpe.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de Apelación?

UnitedHealthcare Community Plan debe completar todo el proceso de Apelación estándar dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud de Apelación inicial por escrito u oral. Esta fecha límite puede extenderse hasta 14 días a solicitud de un miembro; o la Organización de Atención Administrada muestra que existe la necesidad de más información y cómo la demora es en beneficio del miembro. Si la Organización de Atención Administrada necesita una extensión, el miembro debe recibir una notificación por escrito de la demora.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una Apelación?

Puede solicitar una apelación por la denegación del pago total o parcial de los servicios, incluso los servicios y entornos alternativos. Si solicita una Apelación en un plazo de 10 días hábiles posteriores al momento en que reciba el aviso de denegación por parte del Plan de salud, usted tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el Plan de salud haya denegado o reducido, al menos hasta que se tome la decisión definitiva de la Apelación. Si no solicita una Apelación en un plazo de 10 días posteriores al momento en que reciba el aviso de denegación, se interrumpirá el servicio que el Plan de salud denegó.

¿Tengo que presentar mi solicitud de Apelación por escrito?

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

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

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

El Servicio al Cliente está disponible para ayudarle a presentar una Queja o Apelación. Puede pedirles que le ayuden cuando llame al **1-888-887-9003.**

¿Qué sucede después de mi Apelación?

Recibirá una carta en la que se le informará sobre la decisión de Apelación, así como si sus servicios cambiarán y cuándo, y cualquier otra opción que pueda tener. El miembro tiene la opción de solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal hasta 120 días después de la fecha en que la Organización de Atención Administrada envía por correo el aviso sobre la decisión de Apelación. El miembro tiene la opción de solicitar una revisión de una audiencia imparcial estatal hasta 120 días después de la fecha en que la Organización de Atención Administrada envía por correo el aviso sobre la decisión de la Apelación. Si no gana la Apelación, es posible que tenga que pagar los servicios que reciba mientras se resuelva. UnitedHealthcare no recuperará los costos de los servicios que usted recibió sin el permiso escrito de la Comisión de Salud y Servicios Humanos.

¿Qué es una Apelación de emergencia?

Una Apelación de emergencia es cuando el Plan de salud tiene que tomar una decisión rápidamente en función de su estado de salud, y tomarse el tiempo para una Apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

¿Cómo solicito una Apelación de emergencia?

Puede solicitar este tipo de Apelación por escrito o por teléfono. Asegúrese de escribir "Deseo una decisión rápida o una Apelación de emergencia" o "Considero que mi salud podría verse perjudicada al esperar una decisión estándar". Para solicitar una decisión rápida por teléfono, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003.**

¿Tengo que presentar la solicitud por escrito?

Podemos grabar su solicitud oral. Su solicitud no tiene que ser por escrito. Se transcribirá la grabación y se la convertirá en una solicitud por escrito. Si desea enviar por correo una solicitud de apelación por escrito, puede enviarla por correo a la siguiente dirección:

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

¿Cuáles son los plazos para una Apelación de emergencia?

UnitedHealthcare Community Plan debe tomar una decisión sobre este tipo de Apelación en un plazo de 1 día hábil o 72 horas desde el momento en que recibimos la información y solicitud. Si su Apelación es por una emergencia continua o si se le negó la estadía continua en el hospital, debemos completar la Apelación en el plazo de 1 día hábil.

¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza la solicitud de Apelación de emergencia?

Si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una Apelación de emergencia, la Apelación se procesa a través del proceso de Apelación normal, que se resolverá en un plazo de 30 días. Recibirá una carta en la que se explicará el motivo y otras opciones que podría tener.

¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación de emergencia?

Si está hospitalizado, pídale a una persona que le ayude a enviarla por correo postal, fax o que llame en su nombre para solicitar este tipo de Apelación. También puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** y pedirle a alguien que le ayude a iniciar una Apelación o pedirle a su médico que lo haga por usted. Si pasa por este proceso y se rechazan los servicios que solicitó después de la Apelación y la audiencia imparcial estatal, es posible que deba pagar esos servicios.

Audiencia Imparcial Estatal

¿Puedo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial?

Si usted, como miembro del Plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de Apelación interna del Plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal. Para designar a una persona que le represente, envíe una carta al Plan de salud informándole el nombre de la persona que desea que le represente. Un Proveedor puede ser su representante.

Si desea impugnar una decisión tomada por su Plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días posteriores a la fecha que figura en la carta de decisión de Apelación interna del Plan de salud.

Si no solicita la audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días, puede perder su derecho a solicitarla. Para solicitar una audiencia imparcial estatal, usted o su representante deben llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-288-2160** o enviar una carta al Plan de salud a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Fair Hearings Coordinator
2950 North Loop W., Suite 200
Houston, TX 77092-8843

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio, incluso un servicio y entorno alternativos, que el Plan de salud haya denegado o reducido, en función de los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal si solicita una audiencia antes de (1) 10 días calendario después de la fecha en que el Plan de salud envió por correo postal la carta de decisión de Apelación interna, o (2) el día que la carta de decisión de Apelación interna del Plan de salud indique que su servicio se reducirá o terminará. Si no solicita una audiencia imparcial estatal antes de esta fecha, se interrumpirá el servicio que el Plan de salud denegó.

Si solicita una audiencia estatal imparcial, obtendrá un paquete de información que le indicará la fecha, hora y ubicación de la audiencia. La mayoría de las audiencias estatales imparciales se llevan a cabo por teléfono. En ese momento, usted o su representante pueden decir por qué necesita el servicio que el plan de salud denegó.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) tomará una decisión final en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que usted solicitó la audiencia imparcial estatal.

Si pasa por este proceso y se rechazan los servicios que solicitó después de la Apelación y la audiencia imparcial, es posible que deba pagar esos servicios.

Si pierde su Apelación de la audiencia imparcial estatal, UnitedHealthcare Community Plan podría recuperar los costos de los servicios o beneficios que recibió mientras la Apelación estaba pendiente. UnitedHealthcare no recuperará los costos de los servicios que usted recibió durante la apelación o la Audiencia Imparcial Estatal sin el permiso por escrito de HHSC.

¿Puedo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial de emergencia?

Si considera que esperar una audiencia imparcial estatal pondrá en grave peligro su vida o salud, o bien su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su funcionamiento máximo, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Para reunir los requisitos para una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, primero debe completar el proceso de Apelaciones internas de UnitedHealthcare Community Plan.

Información sobre la Revisión Médica Externa

¿Un miembro puede solicitar una Revisión Médica Externa?

Si un miembro, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, tiene derecho a solicitar una Revisión Médica Externa. Una Revisión Médica Externa es un paso adicional optativo que un miembro puede tomar para que el caso se revise antes de la Audiencia Imparcial Estatal. El miembro puede designar a alguien para que le represente comunicándose con el plan de salud y proporcionando el nombre de la persona que desea que le represente. Un proveedor puede ser el representante del miembro. El miembro o el representante del miembro debe solicitar la Revisión Médica Externa dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que el plan de salud envíe por correo la carta con la decisión de apelación interna. Si el miembro no solicita la Revisión Médica Externa dentro de los 120 días, puede perder su derecho a solicitarla. Para solicitar una Revisión Médica Externa, el miembro o su representante pueden hacer lo siguiente:

- Completar el "Formulario de solicitud de Revisión Médica Externa y Audiencia Imparcial Estatal" que se adjunta a la carta de aviso de decisión de apelación interna para miembros por parte de la MCO y enviarlo por correo o fax a la siguiente dirección:

  UnitedHealthcare Community Plan
  Attn: Fair Hearings Coordinator
  2950 North Loop W., Suite 200
  Houston, TX 77092-8843

  Fax: 1-855-322-0672

- O bien, llamar a UnitedHealthcare usando la dirección o el número de fax que figura en la parte superior del formulario
  - Llame a UnitedHealthcare al **1-800-288-2160**
  - Envíe un correo electrónico a UnitedHealthcare a **uhctx_fairhearings_appeals@uhc.com**

Si el miembro solicita una Revisión Médica Externa dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la decisión de apelación del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio, incluso un servicio y entorno alternativos, que el plan de salud haya denegado, basado en servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión definitiva de la Audiencia Imparcial Estatal. Si el miembro no solicita una Revisión Médica Externa dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la decisión de apelación del plan de salud, se interrumpirá el servicio que el plan de salud denegó.

El miembro puede retirar su solicitud de Revisión Médica Externa antes de que se asigne a una Organización de Revisión Independiente o mientras esta revise la solicitud de Revisión Médica Externa del miembro. Una Organización de Revisión Independiente es una organización externa contratada por HHSC que realiza una Revisión Médica Externa durante los procesos de apelación de los miembros relacionados con determinaciones adversas de beneficios en función de la necesidad funcional o médica. La revisión médica externa no puede retirarse si una Organización de Revisión Independiente ya completó la revisión y tomó una decisión.

Una vez recibida la decisión de la Revisión Médica Externa, el miembro tiene derecho a retirar la solicitud de Audiencia Imparcial Estatal. El miembro puede retirar una solicitud de Audiencia Imparcial Estatal verbalmente o por escrito. Para ello, debe comunicarse con el funcionario de audiencias que figura en el Formulario 4803, Aviso de audiencia.

Si el miembro continúa con una audiencia imparcial estatal y la decisión de la audiencia imparcial estatal difiere de la decisión de la Organización de Revisión Independiente, la decisión de la audiencia imparcial estatal es definitiva. La decisión de la audiencia estatal imparcial solo puede mantener o aumentar los beneficios para los miembros de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo solicitar una Revisión Médica Externa de emergencia?

Si considera que esperar una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su vida o salud, o bien su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su funcionamiento máximo, usted, su padre o madre o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una revisión médica externa de emergencia y una Apelación estatal imparcial de emergencia escribiendo o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Para reunir los requisitos para una revisión médica externa de emergencia y una revisión de la audiencia estatal imparcial de emergencia a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, primero debe completar el proceso de Apelaciones internas de UnitedHealthcare.

Directrices Anticipadas

¿Qué son las Directrices Anticipadas?

Todas las personas adultas que se encuentren en hospitales, centros de cuidados de ancianos y otros establecimientos de atención de la salud tienen ciertos derechos. Por ejemplo, usted tiene derecho a mantener la privacidad de su historia clínica e información personal. Tiene derecho a saber qué tratamiento recibirá. De acuerdo con la ley federal, tiene derecho a completar una directriz anticipada. Se trata de documentos que le permiten decidir y establecer por escrito qué tipo de tratamiento desea o no desea y cualquier medida que desea que se tome en caso de estar demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención de la salud. Nuestra política consiste en hacerles saber a todos los miembros adultos de UnitedHealthcare Community Plan que pueden preparar estos documentos. La ley federal sobre directrices anticipadas exige que los hospitales, los centros de cuidados de ancianos y otros Proveedores de atención médica le brinden información sobre las directrices anticipadas. La información le explicará sus opciones legales en la toma de decisiones sobre su atención médica. La ley se creó para aumentar su control sobre las decisiones relacionadas con el tratamiento médico.

Las directrices anticipadas son documentos que le brindan la posibilidad de decidir y establecer por escrito qué tipo de tratamiento desea o no desea y cualquier medida que desea que se tome en caso de estar demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención de la salud.

¿Cómo obtengo una Directriz Anticipada?

Comuníquese con su Médico de Cabecera o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003.** Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.**

¿Quién tiene derecho a tomar decisiones acerca de la atención de la salud?

Usted, si es adulto y les informa a los Proveedores sobre sus decisiones de atención de la salud. Usted decide qué atención de la salud, en caso de haberla, no aceptará.

¿Qué sucede si no puedo informar cuáles son mis decisiones de atención de la salud a los Proveedores?

Igualmente puede tener cierto control sobre estas decisiones si ha firmado una directriz anticipada. Su Médico de Cabecera debe indicar en sus registros médicos si usted ha firmado una directriz anticipada. Si no ha designado a ninguna persona en la directriz anticipada, su médico debe buscar a una persona autorizada por ley para tomar estas decisiones.

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre mi atención médica?

Igualmente puede tener cierto control sobre estas decisiones si ha firmado una directriz anticipada. Su Médico de Cabecera debe indicar en sus registros médicos si usted ha firmado una directriz anticipada. Si no ha designado a ninguna persona en la directriz anticipada, su médico debe buscar a una persona autorizada por ley para tomar estas decisiones.

¿Cuáles son mis opciones para redactar una Directriz Anticipada?

Según la ley de Texas, puede redactar las siguientes directrices:

1. **Un Poder Notarial Permanente para la Atención de la Salud**: un documento que le otorga a la persona designada el poder de actuar en su lugar y tomar decisiones sobre su atención de la salud. Su poder notarial permanente para la atención de la salud también incluirá cualquier detalle o pauta sobre la atención de la salud que desee o no recibir. Esto podría incluir el rechazo o retiro de procedimientos si presenta una "afección terminal". Una "afección terminal" es cuando un paciente no tiene cura y morirá sin procedimientos de soporte vital. (Dos médicos deben indicar por escrito que esto es así.) Un paciente también presenta una "afección terminal" si se encuentra en un estado vegetativo permanente o en coma irreversible.
2. **Un Testamento en Vida**: es una declaración por escrito sobre la atención de la salud que desea o no desea si no puede tomar estas decisiones. Por ejemplo, un testamento en vida puede indicar si usted desea recibir alimentación por sonda si se encuentra en estado de inconsciencia y sin probabilidades de recuperación. Un testamento en vida guía a los médicos a rechazar/retirar o continuar los procedimientos para mantener la vida si presenta una "afección terminal". También puede informarles a los médicos si desea que se utilicen otros procedimientos de mantenimiento de la vida.

¿Se debe respetar mi Directriz Anticipada?

Sí. Su Médico de Cabecera, otros Proveedores de salud y la persona que nombre en su directriz deben respetar su directriz anticipada.

¿Debe ser un abogado quien prepare mi Directriz Anticipada?

No. Existen grupos locales y nacionales que pueden proporcionarle información sobre las directrices anticipadas, incluidos los formularios. Asegúrese de que toda directriz anticipada que utilice sea válida conforme a las leyes de Texas.

¿Quién debe tener una copia de mi Directriz Anticipada?

Proporcione una copia de su directriz anticipada a su Médico de Cabecera y a cualquier centro de atención de la salud durante la admisión. Si cuenta con un poder notarial permanente para la atención de la salud, proporcione una copia a la persona que designó en el mismo. Usted mismo también debería conservar copias adicionales.

¿Debo redactar una Directriz Anticipada?

No. Esa decisión depende solamente de usted. Un Proveedor de atención médica no puede negar la atención médica en función de si usted posee o no una directriz anticipada.

¿Puedo cambiar o cancelar mi Directriz Anticipada?

Sí. Si cambia o cancela su directriz anticipada, avíseles a todos aquellos que tengan una copia de la misma.

¿Qué sucede si ya tengo una Directriz Anticipada?

Es posible que desee revisarla o hacerla revisar. Si se ha realizado en otro estado, asegúrese que tenga validez conforme a las leyes de Texas.

Según la ley, ¿quién puede tomar decisiones de atención de la salud por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una Directriz Anticipada?

Un tribunal podría designar un tutor para que tome las decisiones de atención de la salud por usted. De lo contrario, su Médico de Cabecera debe buscar a alguien más para que tome las decisiones de atención de la salud por usted, según el orden en el que aparecen en la siguiente lista:

1. Su esposo o esposa, a menos que esté separado legalmente.
2. Su hijo adulto. Si tiene más de un hijo adulto, el mayor de ellos.
3. Su madre o padre.
4. Su hermano o hermana.

Si su Médico de Cabecera no puede encontrar una persona que pueda tomar decisiones sobre su atención de la salud por usted, este podrá decidir sobre su atención médica. Su Médico de Cabecera puede hacerlo con la asesoría de un comité de ética o la aprobación de otro médico. Puede asegurarse de que sus deseos se respeten al redactarlos. La persona que designe en su directriz anticipada no tendrá derecho a rechazar procedimientos de mantenimiento de la vida, tales como el uso de sondas para suministrarle alimentos o líquidos, a menos que se reúnan las siguientes condiciones:

a. Usted haya designado a esa persona para que tome decisiones de atención de la salud por usted en un poder notarial permanente para la atención de la salud.

b. Un tribunal haya designado a esa persona como su tutor para tomar decisiones de atención de la salud por usted.

c. Usted haya indicado en una directriz anticipada que no desea este tratamiento específico. Si necesita ayuda para comprender las directrices anticipadas o para solicitar una copia de un testamento en vida, llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003.**

Derechos y responsabilidades de los miembros

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades de atención de la salud como miembro de UnitedHealthcare Community Plan?

Derechos de los miembros:

1. 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.
2. Tiene derecho a una oportunidad razonable de elegir un Plan de atención de la salud y un Médico de Cabecera. Este es el médico o Proveedor de atención médica que consultará la mayor parte del tiempo y que coordinará su atención. Tiene derecho a cambiarse a otro Plan o Proveedor de manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
   a. Recibir información sobre cómo elegir y cambiar su Plan de salud y Médico de Cabecera.
   b. Elegir cualquier Plan de salud que desee que esté disponible en su área y a su Médico de Cabecera de ese Plan.
   c. Cambiar de Médico de Cabecera.
   d. Cambiar de Plan de salud sin penalización.
   e. Recibir información sobre cómo cambiar su Plan de salud o Médico de Cabecera.
3. Tiene derecho a realizar preguntas y recibir respuestas sobre todo lo que no comprenda. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
   a. Recibir explicaciones de su Proveedor sobre sus necesidades de atención de la salud y sobre las distintas formas en que se pueden tratar sus problemas de atención de la salud.

b. Recibir explicaciones sobre las razones por las que su atención o servicios fueron negados y no fueron proporcionados.

4. Tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento y participar de manera activa en las decisiones sobre los tratamientos. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
   a. Trabajar como parte de un equipo con su Proveedor para decidir qué atención de la salud es la mejor para usted.
   b. Aceptar o rechazar el tratamiento que haya recomendado su Proveedor.
5. Si su MCO ofrece servicios y entornos alternativos, tiene derecho a:
   a. Obtener información sobre los servicios y entornos alternativos que puede recibir y cómo solicitarlos.
   b. Una explicación sobre por qué cierto servicio u entorno alternativo fue reducido o denegado.
   c. Decidir no aceptar los servicios y entornos alternativos en lugar de otros servicios cubiertos.
6. Tiene derecho a usar cada proceso de Queja y Apelación disponible a través de la Organización de Atención Administrada y a través de Medicaid, y a obtener una respuesta oportuna a las Quejas, Apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias estatales imparciales. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
   a. Presentar una Queja ante su Plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre su atención de la salud, Proveedor o Plan de salud.
   b. Recibir una respuesta a su Queja en forma oportuna.
   c. Utilizar el proceso de Apelación del Plan y que le informen cómo usarlo.
   d. Solicitar una Revisión Médica Externa y una Audiencia Imparcial Estatal del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese proceso.
   e. Solicitar una audiencia estatal imparcial sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre el funcionamiento de dicho proceso.
7. Tiene derecho a recibir acceso en forma oportuna a la atención que no presente ningún obstáculo físico o de comunicación para su acceso. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
   a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana a fin de obtener cualquier Atención de Urgencia o de emergencia que necesite.
   b. Recibir atención médica en forma oportuna.

c. Poder entrar y salir del consultorio de un Proveedor de atención médica. Esto incluye el acceso sin obstáculos para personas con discapacidades u otras afecciones que limitan la movilidad, de acuerdo con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.

d. Contar con los servicios de intérpretes, si es necesario, durante las citas con sus Proveedores y cuando hable con su Plan de salud. Los intérpretes incluyen personas que hablan su lengua materna, que ayudan a alguien en caso de discapacidad o que le ayudan a comprender la información.

e. Recibir información que pueda comprender sobre las reglas de su Plan de salud, incluidos los servicios de atención de la salud que puede obtener y cómo obtenerlos.

8. Tiene derecho a no ser sometido a ninguna limitación o aislamiento cuando es para la conveniencia de otra persona, o para forzarle a hacer algo que no desee, o para penalizarle.
9. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otros Proveedores de atención que le atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, la atención médica y el tratamiento. El Plan de salud no puede impedir que le brinden esta información, aun si la atención o el tratamiento no es un servicio cubierto.
10. Tiene derecho a saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otras personas no pueden exigirle que pague copagos ni ningún otro monto por los servicios cubiertos.
11. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros de su Plan de salud.

Responsabilidades de los miembros:

1. Debe conocer y comprender cada derecho que tiene conforme al programa de Medicaid. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
   a. Conocer y comprender sus derechos conforme al programa de Medicaid.
   b. Realizar preguntas si no comprende sus derechos.
   c. Conocer qué opciones de planes de salud están disponibles en su área.
2. Debe cumplir con las políticas y los procedimientos del Plan de salud y Medicaid. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
   a. Conocer y cumplir con las reglas de su Plan de salud y Medicaid.
   b. Elegir su Plan de salud y un Médico de Cabecera rápidamente.
   c. Realizar cualquier cambio en su Plan de salud y Médico de Cabecera de acuerdo con las formas establecidas por el Plan de salud y Medicaid.

d. Cumplir con sus citas programadas.

e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.

f. Siempre comunicarse primero con su Médico de Cabecera para las necesidades médicas que no sean de emergencia.

g. Asegurarse de tener la aprobación de su Médico de Cabecera antes de acudir a un Especialista.

h. Comprender cuándo debe y cuándo no debe ir a una sala de emergencias.

3. Debe compartir información sobre su salud con el Médico de Cabecera y obtener información sobre las opciones de servicio y tratamiento. Esto incluye las siguientes responsabilidades:

   a. Informar a su Médico de Cabecera 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 sus registros médicos.

4. Debe involucrarse en las decisiones relacionadas con el servicio y las opciones de tratamiento, realizar elecciones personales y tomar medidas para mantener su salud. Esto incluye las siguientes responsabilidades:

   a. Trabajar como equipo con su Proveedor para decidir qué atención de la salud es la mejor para usted.

   b. Comprender cómo las cosas que hace pueden afectar su salud.

   c. Hacer el mejor esfuerzo para permanecer sano.

   d. Tratar a los Proveedores y al personal con respeto.

   e. Hablar con su Proveedor sobre todos sus medicamentos.

   f. Debe seguir los planes y las instrucciones de atención acordados

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

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

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

- Información sobre Proveedores de la Red: información sobre médicos de atención primaria, Especialistas y hospitales en nuestra área de servicio, como mínimo. 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.
- El miembro tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y Proveedores, y sus derechos como miembro
- Cualquier límite de su libertad de elección entre los Proveedores de la Red
- Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre Quejas, Apelaciones, revisión médica externa y procedimientos de audiencia estatal imparcial
- Información sobre los beneficios disponibles en virtud del programa de Medicaid, incluidos el monto, la duración y el alcance de los beneficios. Esto está diseñado para asegurarse de que comprende los beneficios a los que tiene derecho.
- Información sobre los servicios y entornos alternativos, si los ofrece su MCO, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios y la política sobre remisiones.
- Cómo obtener beneficios, incluidos los requisitos de autorización
- Cómo puede obtener beneficios, incluidos los servicios de planificación familiar, de Proveedores fuera de la Red y límites a esos beneficios
- De qué manera puede obtener cobertura de servicios de emergencia o fuera del horario de atención y los límites para estos tipos de 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 necesita una autorización previa por parte de su Médico de Cabecera para los servicios de atención de emergencia
  - Cómo obtener Servicios de Emergencia, incluidas instrucciones sobre cómo usar el sistema telefónico del **9-1-1** o su equivalente local
  - Las direcciones de cualquier lugar donde los proveedores y hospitales presten servicios de emergencia cubiertos por Medicaid
  - Una declaración que exprese que tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otra instalación para atención de emergencia

  - Reglas de los servicios posteriores a la estabilización
- Política sobre referidos para atención especializada y para otros beneficios que no puede obtener a través de su Médico de Cabecera
- Pautas sobre las prácticas de UnitedHealthcare Community Plan

UnitedHealthcare Community Plan debe proporcionar información a los miembros sobre cómo evalúa la nueva tecnología 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 norma de 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.

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, incluso estar libre de abuso, maltrato, descuido y explotación

¿Qué son el abuso, maltrato, descuido y explotación?

El **abuso o maltrato** es un daño mental, emocional, físico o sexual, o la falta de prevención de dicho daño.

El **descuido** causa hambre, deshidratación, exceso o falta de medicación, condiciones de vida insalubres, etc. El abandono 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 beneficio personal o monetario. Esto incluye tomar cheques del Seguro Social o Ingresos de Seguro Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y tomar bienes y otros recursos.

Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación

La ley exige que usted denuncie sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación, incluso 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 teléfono (situaciones que no son de emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin cargo

Informe al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS) llamando al 1-800-647-7418 si la persona que sufre abuso, maltrato, descuidado o explotación vive en o recibe servicios de alguno de los siguientes:

- Un centro para convalecientes;
- Un centro de asistencia con la vida diaria;
- Un centro de cuidado de adultos durante el día;
- Un proveedor de cuidado temporal de adultos con licencia, o
- Una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o una agencia de servicios de salud en casa.

El presunto abuso, maltrato, descuido o explotación por parte de una Agencia de Servicios de Apoyo (HCSSA) en el Hogar y la Comunidad también debe informarse al Departamento de Servicios Familiares y de Protección (Department of Family and Protective Services, DFPS). Denuncie todos los demás casos de sospecha de abuso, abandono o explotación al Departamento de Servicios Familiares y de Protección llamando al 1-800-252-5400.

Denunciar por vía electrónica (para casos que no sean de emergencia)

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

Información útil para presentar una denuncia

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

Fraude y abuso

¿Desea denunciar malgasto, abuso o fraude?

Háganos saber si cree que un médico, dentista, farmacéutico en una farmacia, otros Proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios están actuando incorrectamente. Un acto incorrecto podría ser gasto malgasto, abuso o fraude, los cuales son ilegales. Por ejemplo, díganos si cree que alguien realiza lo siguiente:

- Está recibiendo un pago por servicios que no se prestaron o que no fueron necesarios
- No está diciendo la verdad sobre una afección médica para obtener tratamiento médico
- Está permitiendo que otra persona use su identificación de Medicaid
- Está usando la identificación de Medicaid de otra persona
- No está diciendo la verdad sobre la cantidad de dinero o los recursos que tiene para obtener beneficios

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

- Llame a la línea de la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite **https://oig.hhs.texas.gov/** y haga clic en “Report Fraud” (Informar fraude) para completar un formulario en línea; o
- Informe a su Plan de salud de manera directa:

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

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, recopile toda la información que sea posible

Al denunciar a un Proveedor (médico, dentista, asesor, etc.), incluya lo siguiente:

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
- Nombre y dirección del centro (hospital, hogar para ancianos, agencia de atención domiciliaria, etc.)
- Número de Medicaid del Proveedor y del centro, si los conoce
- Tipo de Proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- Nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan contribuir en la investigación
- Fechas de los eventos
- Resumen de lo que sucedió

Al denunciar a alguien que recibe beneficios, incluya lo siguiente:

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

Tiene derecho al respeto y la dignidad, lo cual incluye no sufrir abusos, abandono ni explotación

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

El **abuso** es un daño mental, emocional, físico o sexual, o la falta de prevención de dicho daño.

El **abandono** provoca inanición, deshidratación, exceso de medicación o medicación insuficiente, condiciones de vida insalubres, etc. El abandono 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 beneficio personal o monetario. Esto incluye tomar cheques del Seguro Social o Ingresos de Seguro Suplementario (SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y tomar bienes y otros recursos.

Cómo denunciar el abuso, el abandono y la explotación

La ley exige que usted denuncie sospechas de abuso, abandono 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 teléfono (situaciones que no son de emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin cargo

Informe al Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al **1-800-458-9858** si la persona que sufre abuso, abandono o explotación vive o recibe servicios de los siguientes lugares:

- Centro de enfermería;
- Institución de residencia con asistencia;
- Centro de atención diurna para adultos;
- Proveedor de cuidado tutelar para adultos con licencia; o
- Agencia de Servicios de Apoyo en el Hogar y la Comunidad (HCSSA) o Agencia de Salud en el Hogar.

El presunto abuso, abandono o explotación por parte de una Agencia de Servicios de Apoyo en el Hogar y la Comunidad también debe informarse al Departamento de Servicios Familiares y de Protección (DFPS). Denuncie todos los demás casos de sospecha de abuso, abandono o explotación al Departamento de Servicios Familiares y de Protección llamando al **1-800-252-5400.**

Denunciar por vía electrónica (para casos que no sean de emergencia)

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

Información útil para presentar una denuncia

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

Glosario de terminología de atención administrada

Apelación: una solicitud para que su Organización de Atención Administrada revise nuevamente una denegación o una Queja Formal.

Queja: una Queja Formal que usted comunica a su aseguradora o Plan de salud.

Equipo Médico Duradero (DME): equipo solicitado por un Proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura del Equipo Médico Duradero puede incluir, entre otros: equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para diabéticos.

Afección Médica de Emergencia: una enfermedad, una lesión, un síntoma o una 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 se agrave.

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

Queja Formal: una Queja a su aseguradora o Plan de salud.

Servicios y Dispositivos de Habilitación: servicios de atención de la salud como fisioterapia o terapia ocupacional que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Atención de la Salud en el Hogar: servicios de atención de la salud que una persona recibe en el hogar.

Servicios para Pacientes Terminales: servicios para brindar comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

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 en él.

Médicamente Necesario: servicios o suministros de atención de la salud necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumplan con los estándares de medicina aceptados.

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

Proveedor No Participante: un Proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora o Plan de salud para proporcionarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora o Plan de salud para obtener servicios de un Proveedor No Participante en lugar de un Proveedor participante. En casos limitados, como cuando no hay otros Proveedores, su aseguradora de salud puede contratar para pagarle a un Proveedor no participante.

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

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

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

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

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

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

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

Otros detalles del plan

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

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

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

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

Especialista: un médico Especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, 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 Servicio al Cliente al **1-888-887-9003;** las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.** También puede visitar nuestro sitio web **UHCCommunityPlan.com**.

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

UHCCommunityPlan.com

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

United Healthcare®
Community Plan

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.


United
Healthcare
Community Plan