Texas – Septiembre de 2026



Le damos la bienvenida a la comunidad

Manual para Miembros de STAR Kids de UnitedHealthcare Community Plan

Servicios para Miembros: 1-877-597-7799, TDD/TTY: **7-1-1,**
para personas sordas y con dificultades auditivas

United Healthcare®
Community Plan

TEXAS STAR Kids
Your Health Plan ★ Your Choice

TEXAS Health and Human Services

CSTX27MD0438302_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Servicios para Miembros

1-877-597-7799, TDD/TTY: **7-1-1,** para personas sordas y con dificultades auditivas

De 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes **UHCCommunityPlan.com**

Qué debe hacer en caso de una emergencia

Si cree que necesita atención de emergencia, llame al **9-1-1** o diríjase al hospital o centro de emergencias más cercano. Puede llamar al **9-1-1** si necesita 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, integridad física o 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 la sala de emergencias más cercana. Deberá llamar a Optum Behavioral Health al **1-877-597-7799** 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 1-844-222-7326.

Llámenos si tiene preguntas acerca de su Plan de salud. Nuestro número gratuito de Servicios para Miembros es el **1-877-597-7799,** TDD/TTY: **7-1-1,** para personas sordas y con dificultades auditivas. Cuando llame, habrá personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés.

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

Este Manual para Miembros está disponible en audio, braille, letra grande y en otros idiomas si lo solicita. Llame al **1-877-597-7799** para obtener ayuda.

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

Números de teléfono gratuitos

Servicios para Miembros **1-877-597-7799**
(de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.)
excepto para feriados aprobados por el estado (consulte la página 5)
TTY (para personas sordas y con dificultades auditivas). **7-1-1**

- Fuera del horario regular, comuníquese con la línea NurseLine
- Se encuentran disponibles servicios de intérprete
- Cómo acceder a los servicios cubiertos y a la Coordinación de servicios

Línea NurseLine . . . . . .**1-844-222-7326,** TTY: **711**
(disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

- Se habla español
- Se encuentran disponibles servicios de intérprete.

El personal de enfermería está entrenado para trabajar con el programa STAR Kids, los servicios cubiertos, los miembros de STAR Kids y los recursos para proveedores. Información en inglés y español Se encuentran disponibles los servicios de intérprete a través Servicios para Miembros.

Coordinación de Servicios **1-877-352-7798**
de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los coordinadores de servicios están entrenados para trabajar con el programa STAR Kids, los servicios cubiertos, los miembros de STAR Kids y los recursos para proveedores.

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.

Para Servicios dentales, llame al plan dental Medicaid de su hijo.

DentaQuest. **1-800-516-0165**
MCNA Dental **1-855-691-6262**
UnitedHealthcare Dental. **1-877-901-7321**

Para programar citas de Atención oftalmológica, Llame a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799**

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

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
Optum Behavioral Health **1-877-597-7799**
disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Información y cómo acceder a los servicios.
Hay intérpretes disponibles en muchos idiomas.

Línea de ayuda de atención administrada de Medicaid **1-866-566-8989**

Línea de ayuda de atención administrada de Medicaid TTY **1-866-222-4306**

Línea de ayuda del Programa STAR Kids. **1-800-964-2777**

Beneficios de Farmacia. **1-877-597-7799**

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

Aspectos destacados del Plan de salud

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan como su plan de salud. UnitedHealthcare Community Plan, un nombre comercial de UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC (UHCCPTX), una Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO), asume el compromiso de ayudarlo 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 Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP), que conocerá su historial médico y se esforzará por ayudarlo a mantenerse saludable. Su PCP sabe que administrar su atención de la salud es importante. Los exámenes regulares que le realice su PCP pueden ayudar a detectar problemas de forma temprana. Su PCP tiene como objetivo brindarle ayuda antes de que los problemas se agraven. Su PCP le dará un referido para los Especialistas cuando sea necesario. UnitedHealthcare Community Plan dispone de una Red de médicos, hospitales y otros prestadores de atención médica con los que puede contar. Muchos de ellos se encuentran cerca de su hogar. 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. En él, encontrará información sobre sus beneficios y ayuda para usar su Plan de salud de inmediato. Si usted considera que necesita este manual en braille, letra grande, otro idioma o en audio, puede llamarnos al **1-877-597-7799.** Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan siempre está listo para ayudarlo.

Observe 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. Si tiene preguntas, llámenos. El número de llamada gratuita de Servicios para Miembros es **1-877-597-7799.** Estamos aquí para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La cobertura fuera del horario regular y durante los fines de semana se encuentra disponible a través de un sistema telefónico automático.

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

Servicios de idiomas e intérpretes

UnitedHealthcare Community Plan cuenta con personal que habla inglés y español. Si habla otro idioma, es sordo o tiene problemas de audición y necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** o al TDD/TTY: **7-1-1** para personas sordas y con dificultades auditivas.

Ubicación de nuestras oficinas

UnitedHealthcare Community Plan

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

También puede visitar nuestro sitio web en:
UHCCommunityPlan.com

¿Qué es Servicios para Miembros?

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

- Membresía
- Cómo elegir un Proveedor de Atención Primaria
- Especialistas, hospitales y otros proveedores
- Servicios cubiertos
- Beneficios adicionales
- Cómo cambiar de Proveedor de Atención Primaria
- Presentar una Queja
- Conseguir un intérprete
- Encontrar recursos que le ayuden a conseguir ropa, alimentos, vivienda o servicios públicos
- Cualquier otro aspecto sobre el cual podría tener una pregunta

Servicios para Miembros
1-877-597-7799,
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

Servicios de idiomas e intérpretes 5

Ubicación de nuestras oficinas 5

¿Qué es Servicios para Miembros? 5

Su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan 16

¿Cuándo y dónde uso mi tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan? 16

Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan 16

Cómo reemplazar su tarjeta si la pierde 17

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 **20**

¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria (PCP)? 20

¿Cómo elijo un Proveedor de Atención Primaria? 20

¿Qué debo llevar a la cita médica? 21

¿Puede una clínica ser mi PCP? 21

¿Se puede considerar a un Especialista como un PCP? 21

¿Qué sucede si mi médico no está en la red? 21

¿Qué sucede si acudo a un médico que no es mi PCP? 21

¿Cómo sé quién paga? 22

¿Qué sucede si tengo otro seguro? 22

¿Puedo seguir con mi Proveedor si no está en mi Plan de salud? 22
¿Cómo puedo cambiar mi PCP?. 22
¿Cuántas veces puedo cambiar mi PCP o el de mi hijo? 22
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de PCP? 23
¿Hay algún motivo por el cual se pueda rechazar una solicitud de cambio de PCP? . 23
¿Puede un PCP reasignarme a otro por incumplimiento? 23
Planes de incentivos para médicos 23
¿Qué sucede si necesito consultar a un médico especializado (Especialista)? 23
¿Qué es un referido? ¿Necesito un referido para acudir a un especialista? 24
¿Qué servicios no necesitan un referido? 24
¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un Especialista? 24
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?. 24
Autorización Previa. 25
¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o problemas de consumo de alcohol o drogas? ¿Necesito un referido para estos servicios? 26
¿Cómo encuentro una farmacia de la Red?. 26
¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la Red? 26
¿Qué debo llevar a la farmacia? 26
¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?. 27
¿Con quién debo comunicarme si tengo problemas para obtener mis medicamentos?. 27
¿Qué es una aprobación previa (autorización) de medicamentos recetados? 27
¿Qué sucede si no puedo obtener aprobación para el medicamento que me indicó el médico? 29
¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos? 29
¿Qué sucede si necesito Equipo Médico Duradero (DME) u otros productos que normalmente se encuentran en una farmacia? 29
¿Qué sucede si necesito equipo médico duradero (DME) que requiere autorización previa? 29
¿Qué sucede si también tengo Medicare?. 30

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy en un centro de enfermería? 30

¿Qué es el Programa de Asignación Cerrada de Medicaid? 30

¿Con quién me comunico si tengo necesidades especiales de atención de la salud y necesito que alguien me ayude? 30

¿Qué otros programas están disponibles para ayudarme a controlar mi enfermedad crónica? 31

¿Qué sucede si necesito atención de obstetricia o ginecología? ¿Necesitaré un referido? 31

¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo como mi PCP? 32

¿Puedo conservar mi obstetra o ginecólogo, aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan? 32

¿Cómo elijo a un obstetra o ginecólogo? 32

Si no elijo a un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo? 32

¿Necesitaré un referido para acceder a los servicios de un obstetra o ginecólogo? 32

¿Cuán pronto puedo recibir atención después de comunicarme con mi obstetra o ginecólogo para programar una cita? 33

¿Qué sucede si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar? 33

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad? 33

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece UnitedHealthcare Community Plan a las mujeres embarazadas? 34

¿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? 34

¿Cómo puedo recibir atención de la salud después de que nazca mi bebé y me quede sin cobertura de Medicaid? 34

Programa Healthy Texas Women 35

Programa de Atención de la Salud Primaria del DSHS 35

Programa de Atención de la Salud Primaria Ampliado del DSHS 36

Programa de Planificación Familiar del DSHS 37

¿Cómo programo una cita? 37

¿Qué debo llevar a la cita? 37

¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi PCP cierre? 38

¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje? 38
¿Qué sucede si estoy fuera del estado? 38
¿Qué sucede si estoy fuera del país? 38
¿Qué debo hacer si me mudo? 39
¿Qué sucede si necesito actualizar mi dirección o número de teléfono? 39
¿Qué sucede si quiero cambiar los Planes de salud? 39
¿Con quién debo comunicarme? 39
¿Cuántas veces puedo cambiar de Plan de salud? 39
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de Plan de salud? 40
¿Puede UnitedHealthcare Community Plan pedir que me den de baja de su Plan de salud (por incumplimiento, etc.)? 40
¿Es posible contar con un intérprete cuando hable con mi médico? ¿Con quién me comunico para solicitar un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo comunicarme? 41
¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del Proveedor? 41
¿Qué significa Médicamente necesario? 41
¿Qué es la atención médica de emergencia? 43
¿Cuán pronto puedo esperar ser atendido? 43
¿Qué es la atención posterior a la estabilización? 44
¿Qué es la Atención Médica de Urgencia? 44
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos Atención Médica de Urgencia? 44
¿Cuán pronto puedo esperar ser atendido? 44
¿Qué es la atención médica de rutina y cuán pronto puedo esperar ser atendido? . . 45
¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica? 45
¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo? 45
¿Los servicios dentales de emergencia para niños están cubiertos por el plan de salud? 46
¿Qué servicios dentales cubre UnitedHealthcare Community Plan para los niños? . 46
¿Qué hago si mi hijo necesita atención dental de emergencia? 47
¿Qué es un Hogar de salud? 47

¿Qué es un Centro de Atención Extendida Pediátrica Prescrita (PPECC)? 47

Beneficios y servicios **48**

¿Qué es la Coordinación de Servicios? 48

¿Qué es la Coordinación de Servicios y en qué puede ayudarme un Coordinador de Servicios? 48

¿Cómo puedo comunicarme con un Coordinador de Servicios? 48

¿Qué es un especialista en transición? ¿Qué hará por mí un especialista en transición? 48

¿Cómo puedo hablar con un especialista en transición? 49

¿Sabía que podría elegir a su propio cuidador de salud? 49

¿Por qué querría elegir la opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor? 49

¿Cómo funciona el programa de Servicios Dirigidos por el Consumidor? 49

¿Qué servicios pueden autodirigirse en qué programas? 50

¿Cuáles son mis beneficios de atención de la salud? 50

¿Cómo obtengo estos servicios? 51

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos? 51

¿Qué servicios no son beneficios cubiertos? 52

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados? 52

¿Qué son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y la Administración de Casos Dirigida a la Salud Mental? ¿Cómo obtengo estos servicios? 53

Servicios de reemplazo/Servicio y entorno alternativos 53

¿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? 54

¿Cuáles son mis beneficios de la atención aguda? 55

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados: 55

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: 55

Centros de cirugía sin cita previa: 55

Servicios profesionales: 56

Otros servicios: 56

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios? 57

¿Qué son los servicios Community First Choice y cómo puedo obtener esos servicios? 57

Estoy en el Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)? 57

Tengo la exención de Servicios de Empoderamiento Juvenil (programa opcional YES). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)? 57

Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Servicios de Asistencia y Apoyo a la Vida en la Comunidad (CLASS). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)? 58

Estoy recibiendo servicios del programa opcional para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)? 58

Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCS). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)? 58

Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Texas Home Living (TxHmL). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)? 59

¿Cambiarán mis beneficios de STAR Kids si estoy en un centro de enfermería? 59

¿Seguiré recibiendo beneficios de STAR Kids si voy a un centro de enfermería? 59

¿Cómo puedo obtener servicios de planificación familiar? ¿Necesito un referido para estos servicios? 60

¿Dónde puedo encontrar un Proveedor de servicios de planificación familiar? 60

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

¿Cómo puedo obtener estos beneficios? 66

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan? 66

¿Qué otros servicios puedo obtener a través de UnitedHealthcare Community Plan? 67

¿Cómo obtengo estos servicios? 67

Texas Health Steps **68**

¿Qué es Texas Health Steps? 68

Texas Health Steps le da a su hijo: 68

Controles médicos de Texas Health Steps 68

¿Qué son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y el Manejo de Casos Específicos de Salud Mental? ¿Cómo obtengo estos servicios? 68

Cuándo programar un control médico: 69

¿Cómo y cuándo debo recibir controles médicos y dentales de Texas Health Steps para mi hijo? 69

¿Mi médico tiene que formar parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan? 70

¿Necesito tener un referido? 70

¿Qué sucede si necesito cancelar una cita? 70

¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad y mi hijo debe hacerse un control médico de Texas Health Steps? 71

¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola inmigrante? 71

Otros detalles del Plan **72**

¿Qué es la Administración de Casos para niños y mujeres embarazadas? 72

¿Quién dispone de un Administrador de Casos? 72

¿Qué hacen los Administradores de Casos? 72

¿Qué tipo de ayuda puedo recibir? 72

¿Cómo puede conseguir un Administrador de Casos? 73

Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia (ECI) 73

¿Qué es la Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia? 73

¿Necesito un referido para estos servicios? 73

¿Dónde puedo encontrar un Proveedor de Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia? 74

Transporte 74

Servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia (NEMT) . . . 74

¿Qué son los servicios de NEMT? 74

¿Qué servicios forman parte de los servicios de NEMT? . . . 75
¿Cómo puedo obtener un traslado? . . . 76
¿Qué sucede si pierdo la cobertura de Medicaid? . . . 77
¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar la solicitud de renovación? . . . 77
Cómo renovar . . . 77
Completar el proceso de renovación . . . 78
¿Qué sucede si recibo una factura del médico? ¿Con quién debo comunicarme? ¿Qué información necesitarán? . . . 78
¿Qué debo hacer si me mudo? . . . 79
¿Qué sucede si soy cuidador de asistencia para cuidados permanentes y necesito cambiar mi dirección? . . . 79
¿Qué sucede si tengo otro seguro de salud además de Medicaid? . . . 79
Medicaid y seguros privados. . . . 79
¿Qué sucede si también tengo Medicare? . . . 80
¿Puede mi Proveedor de Medicare enviarme una factura por los servicios o suministros si estoy inscrito tanto en Medicare como en Medicaid? . . . 80
Tiene derecho a recibir un trato respetuoso y digno, lo que incluye no sufrir abusos, negligencia ni explotación . . . 80
¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación? . . . 80
Cómo denunciar el abuso, la negligencia y la explotación . . . 81
Denunciar por teléfono (situaciones que no son de emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin cargo . . . 81
Denunciar por vía electrónica (situaciones que no sean de emergencia) . . . 81
Información útil para presentar una denuncia . . . 81
Quejas y Apelaciones . . . 82
¿Qué debo hacer si tengo una Queja? . . . 82
¿Con quién debo comunicarme? . . . 82
¿A qué dirección postal puedo enviar una Queja? . . . 82
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una Queja? . . . 83
¿Cuánto tiempo tardará en procesarse mi Queja? . . . 83

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme para presentar una Queja? . . . 83
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o limita? . . . 83
¿Cómo puedo saber si los servicios se denegaron? . . . 84
¿Cuáles son los plazos para el proceso de Apelación? . . . 84
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una Apelación? . . . 84
¿Tengo que presentar mi solicitud de Apelación por escrito? . . . 84
¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a presentar una Apelación? . . . 84
¿Qué sucede después de mi Apelación? . . . 85
¿Qué es una Apelación de emergencia? . . . 85
¿Cómo solicito una Apelación de emergencia? . . . 85
¿Tengo que presentar la solicitud por escrito? . . . 85
¿Cuáles son los plazos para una Apelación de emergencia? . . . 85
¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza la solicitud de Apelación de emergencia? . . . 86
¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación de emergencia? . . . 86
Audiencia Imparcial Estatal . . . 86
¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal? . . . 86
¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal de emergencia? . . . 87
Información sobre la Revisión Médica Externa . . . 88
¿Puede un miembro solicitar una Revisión Médica Externa? . . . 88
¿Puedo solicitar una Revisión Médica Externa de emergencia? . . . 89
Directrices Anticipadas . . . 90
¿Qué son las Directrices Anticipadas? . . . 90
¿Cómo obtengo una Directriz Anticipada? . . . 90
¿Quién tiene derecho a tomar decisiones acerca de la atención de la salud? . . . 90
¿Qué sucede si no puedo informar cuáles son mis decisiones de atención de la salud a los Proveedores? . . . 90

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre mi atención médica? 91
¿Cuáles son mis opciones para presentar una Directriz Anticipada? 91
¿Se debe respetar mi Directriz Anticipada? 91
¿Debe ser un abogado quien prepare mi Directriz Anticipada? 91
¿Quién debe tener una copia de mi Directriz Anticipada? 92
¿Debo redactar una Directriz Anticipada? 92
¿Puedo cambiar o cancelar mi Directriz Anticipada? 92
¿Qué sucede si ya tengo una Directriz Anticipada? 92
¿Quién puede tomar decisiones de atención de la salud legalmente por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una Directriz Anticipada? 92
Derechos y responsabilidades de los miembros 93
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades de atención de la salud como miembro de UnitedHealthcare Community Plan? 93
Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información 97
Fraude y abuso 99
¿Desea denunciar una situación de malgasto, abuso o fraude? 99
Para denunciar una situación de malgasto, abuso o fraude, recopile toda la información que pueda 100
Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, incluso estar libre de abuso, maltrato, descuido y explotación 100
¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación? 100
Glosario de terminología de atención médica administrada 102
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad 105

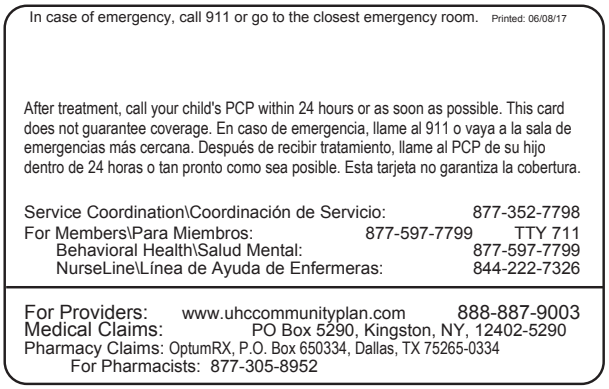
Su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan

¿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 su hijo. Si cambia de proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), recibirá una nueva tarjeta de identificación.

Verifique la tarjeta de su hijo para asegurarse de que la información sea correcta. Si recibe una tarjeta de identificación que no tiene el nombre del PCP, pero indica que llame al **1-877-597-7799,** llame a Servicios para Miembros para elegir un PCP. Entregue la tarjeta de identificación de su hijo al médico para verificar la cobertura al obtener servicios. La tarjeta de identificación no es una garantía de beneficios ni cobertura. Para los miembros de STAR Kids que están cubiertos por Medicare, no se asignará un PCP.


UnitedHealthcare Community Plan
TEXAS Health and Human Services | TEXAS STAR Kids
Health Plan/Plan de salud (80840) 911-87726-04
Member ID/ID del Miembro: 999994217 Group/grupo: TXSTK
Member/Miembro:
NEW D ENGLISH
Payer ID/ID del Pagador : 87726
PCP Name/Nombre del PCP:
DOUGLAS GETWELL
PCP Phone/Teléfono del PCP:
(281)212-2400
Effective Date/
Fecha de vigencia
11/01/2011
OPTUMRx
Rx Bin: 610494
Rx GRP: ACUTX
Rx PCN: 9999
0709
Administered by UnitedHealthcare Community Plan


In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 06/08/17
After treatment, call your child's PCP within 24 hours or as soon as possible. This card does not guarantee coverage. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta no garantiza la cobertura.
Service Coordination\Coordinación de Servicio: 877-352-7798
For Members\Para Miembros: 877-597-7799 TTY 711
Behavioral Health\Salud Mental: 877-597-7799
NurseLine\Línea de Ayuda de Enfermeras: 844-222-7326
For Providers: www.uhccommunityplan.com 888-887-9003
Medical Claims: PO Box 5290, Kingston, NY, 12402-5290
Pharmacy Claims: OptumRX, P.O. Box 650334, Dallas, TX 75265-0334
For Pharmacists: 877-305-8952

Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan

Su tarjeta de identificación tendrá los símbolos de STAR Kids y 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. También figurará su número de grupo.

Recuerde llevar con usted la tarjeta de identificación y presentarla siempre que obtenga servicios. Su proveedor necesitará la información de su tarjeta para conocer sus beneficios y cobertura.

Cómo reemplazar su tarjeta si la pierde

Si pierde la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan, llame de inmediato a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799.** y le enviarán una nueva. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.**

Su Tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits (YTB)

Cuando reciba la aprobación para Medicaid, recibirá la tarjeta de Medicaid de YTB. Esta tarjeta plástica será su tarjeta diaria de Medicaid. Debe llevarla y protegerla tal como lo haría con 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 llamar al número gratuito 1-800-252-8263 para averiguarlo. También puede llamar al 2-1-1. Primero elija un idioma y, luego, marque la opción 2.

Su información de salud es una lista de los servicios médicos y medicamentos que ha recibido a través de Medicaid. La compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarlos a decidir qué atención de la salud necesita. Si no desea que sus médicos vean su información médica 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 de Medicaid en el que se encuentra:
  - Medicare (Beneficiario Calificado de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary, QMB], Medicaid y Beneficiario Calificado de Medicare [Medicaid and Qualified Medicare Beneficiary, MQMB]),
  - Programa Healthy Texas Women (HTW),
  - Programa de Cuidados Paliativos,
  - STAR Health,
  - Medicaid para Casos de Emergencia, o
  - Elegibilidad Presunta (Presumptive Eligibility, PE) para mujeres embarazadas.

- Datos que su farmacia necesitará para facturar a Medicaid
- Los nombres de su médico y farmacia si está inscrito en el Programa de Asignación Cerrada de Medicaid

El reverso de su tarjeta de Medicaid de YTB tiene 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 pueden verificar por teléfono o Internet si recibe beneficios de Medicaid.

Portal para Clientes de Medicaid de YourTexasBenefits.com

El Portal para Clientes de Medicaid le permite realizar las siguientes gestiones para sí mismo o para cualquier persona a cuya información médica o dental se le permita acceder:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta de Medicaid de YTB
- Consultar sus Planes médicos y dentales
- Consultar la información de sus beneficios
- Ver 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 dental disponible

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

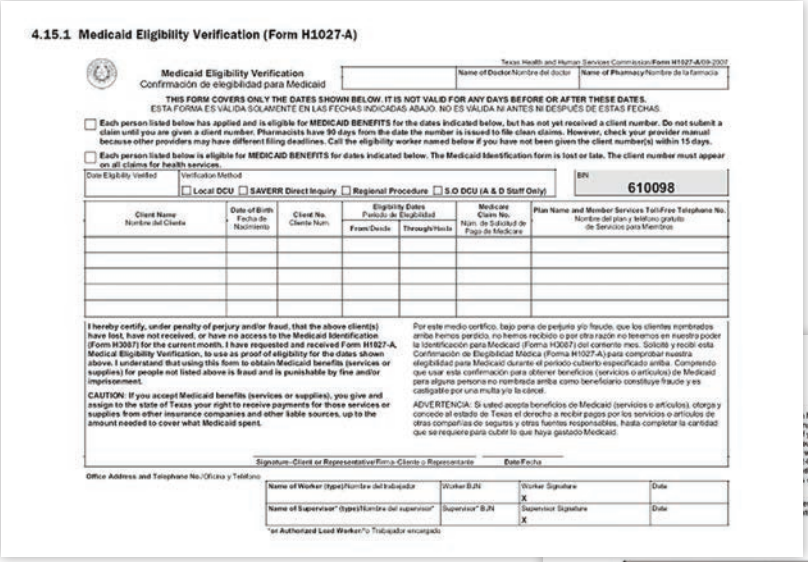
- Haga clic en **“Entrar al Sistema”**
- Rellene los campos “Nombre de usuario” y “Contraseña”. Si no tiene una cuenta, haga clic en **“Crear una cuenta nueva”**.
- Haga clic en **“Maneje”**
- Vaya a la sección “Enlaces rápidos”
- Haga clic en **“Servicios de Medicaid y CHIP”**
- Haga clic en **“Ver 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 o le roban su 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 este formulario cuando vaya al médico y cuando tenga que obtener otro tipo de atención médica
- Presente la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits cada vez que vaya al consultorio o a la clínica de un médico
- Si se muda o cambia el número de teléfono, llame al 2-1-1 o visite la oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC). Llame también a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** para que podamos actualizar nuestros registros. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.**



4.15.1 Medicaid Eligibility Verification (Form H1027-A)

Medicaid Eligibility Verification
Confirmación de elegibilidad para Medicaid

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 DESPUÉS 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 Período 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 H3007) 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 H3007) 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 algunas personas no nombradas 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 requiera para cubrir lo que haya gastado Medicaid.

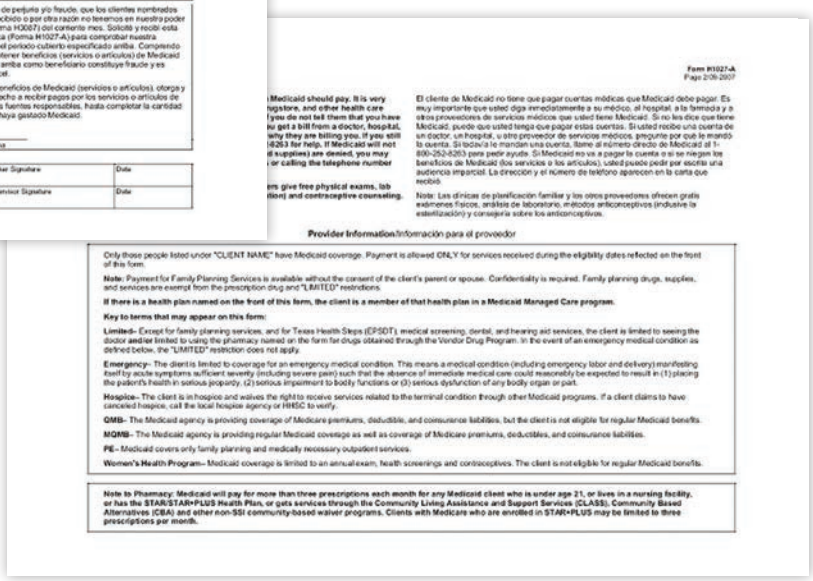
Signature–Client or Representative/Firma–Cliente o Representante | Date/Fecha

Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

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

*or Authorized Lead Worker/o Trabajador encargado

Muestra del Formulario de Verificación Temporal de Medicaid: anverso



Form H1027-A
Page 2/09-2007

Medicaid should pay. It is very ... hygiene, and other health care ... you do not tell them that you have ... or get a bill from a doctor, hospital, ... why they are billing you. If you still ... (8263) for help. If Medicaid will not ... supplies) are denied, you may ... or calling the telephone number ...

... give free physical exams, lab ... tion) and contraceptive 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.

Note: 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 HHSC 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

Visitas al médico

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

El trabajo de su PCP es cuidar de usted. Los exámenes regulares que le realizará este profesional son importantes y pueden ayudarlo a mantenerse saludable. Además, le realizará exámenes de detección médicos regulares que pueden detectar problemas.

El hecho de detectar y tratar los problemas de forma temprana puede evitar que se agraven en el futuro. De ahora en adelante, su PCP será su médico personal. Cuidará de usted y le derivará a un Especialista cuando sea necesario. Debe hablar con él acerca de todas sus necesidades de atención de la salud.

Si quiere visitar a otro médico, siempre hable primero con su PCP. Él le dará un formulario de referido si necesita uno. Su relación con este profesional es importante, por lo que le recomendamos que establezca una cuanto antes. Es importante que siga los consejos que le da. Una buena manera de establecer una relación con su PCP es llamarle y programar un chequeo. De esta forma, podrá conocerle. Esta persona se informará sobre su historial médico, los medicamentos que toma y cualquier otro problema de salud. Recuerde que su PCP es la primera persona a quien debe llamar si tiene preguntas o problemas de salud.

Dependiendo de sus necesidades médicas, un especialista puede ser su PCP. Usted, el PCP, el Especialista y UnitedHealthcare Community Plan tomarán esta decisión. Para obtener información, llame a Servicios para Miembros.

¿Cómo elijo un Proveedor de Atención Primaria?

Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda con respecto a cómo elegir un PCP. Todos los miembros de UnitedHealthcare Community Plan deben elegir uno. También puede solicitar un Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** o puede consultarlo en línea en **UHCCommunityPlan.com**.

¿Tiene preguntas sobre cómo consultar a un Proveedor?

Llame en forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799.**

¿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.

¿Puede una clínica ser mi PCP?

Su PCP 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.

Para los miembros de STAR Kids que están cubiertos por Medicare o seguro comercial, no se asignará un PCP.

¿Se puede considerar a un Especialista como un PCP?

Si su médico es un Especialista, podría estar autorizado a ser su PCP. UnitedHealthcare Community Plan le enviará una tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan con el nombre y número de teléfono de su PCP.

¿Qué sucede si mi médico no está en la red?

Si su médico NO pertenece a la Red de UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicios para Miembros para elegir uno. Si no elige un médico, se le asignará uno.

¿Qué sucede si acudo a un médico que no es mi PCP?

Excepto en casos de emergencia, siempre llame a su PCP antes de acudir a otro médico o al hospital. Puede comunicarse con él 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 PCP, 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

¿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 **1-877-597-7799,** 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 a un PCP que esté dentro de la Red de Proveedores de su Plan de salud. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda.

¿Cómo puedo cambiar mi PCP?

Lo ideal es mantener el mismo. Este profesional le conoce, tiene sus registros médicos y sabe cuáles son los medicamentos que toma. Es la mejor persona para asegurarse de que usted está recibiendo una buena atención médica. Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros para informarnos.

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

No hay límite para la cantidad de veces que puede cambiarlo. Puede cambiar de PCP llamándonos al número gratuito **1-877-597-7799** o enviando un correo a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Member Advocate Team
2950 North Loop W., Suite 200
Houston, TX 77092-8843

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de PCP?

Entrará en vigencia el día posterior a la realización del cambio.

Motivos por los que podría cambiar su PCP:

- Se mudó y necesita uno más cerca de su domicilio
- No está satisfecho con la atención que le brinda

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

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

¿Puede un PCP reasignarme a otro por incumplimiento?

Sí, si su PCP considera que usted no está siguiendo su consejo médico o si falta a muchas citas, el médico puede pedirle que consulte a otro médico. El Proveedor le enviará una carta para informarle que debe encontrar otro médico. Si esto sucede, llame a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799.** Lo ayudaremos a encontrar otro médico.

Planes de incentivos para médicos

UnitedHealthcare Community Plan no puede realizar pagos en virtud de un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para lograr que los Proveedores reduzcan o limiten los servicios cubiertos Médicamente Necesarios para los miembros. Usted tiene derecho a saber si su PCP (médico principal) forma parte de este plan de incentivos para médicos. También tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al **1-877-597-7799** para obtener más información al respecto.

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

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

¿Qué es un referido? ¿Necesito un referido para acudir a un especialista?

Su PCP hablará con usted sobre sus necesidades y lo ayudará a planificar su visita al Especialista que pueda brindarle la mejor atención, lo que incluye proporcionar un referido si el especialista lo pide. Un referido es un tipo especial de acuerdo entre médicos que dice que el especialista le tratará.

UnitedHealthcare Community Plan no requiere referidos para que usted consulte a un especialista. Puede consultar a cualquier especialista con o sin un referido.

¿Qué servicios no necesitan un referido?

No necesita un referido para:

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

Comuníquese con su PCP o con Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** para determinar si necesita un referido.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un Especialista?

En algunas situaciones, el Especialista podrá atenderle de inmediato. En función de la necesidad médica, pueden transcurrir algunas semanas después de que programe la cita para ver 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 PCP debería poder darle un referido para una visita de segunda opinión. Si su médico le indica que consulte a un Especialista que no es Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, esa visita deberá ser aprobada por UnitedHealthcare Community Plan. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** 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 no obtiene la Autorización Previa, usted no podrá recibir tales servicios.

No necesita una Autorización Previa para los servicios de imágenes avanzados que se prestan en una sala de emergencias, una unidad de observación, un centro de Atención de Urgencia o durante una hospitalización. Tampoco la necesita para recibir servicios de emergencia. No necesita una Autorización Previa para consultar a un Proveedor de atención médica de la mujer a fin de recibir servicios de salud de la mujer. Lo mismo sucede si está embarazada o si se está realizando los controles médicos de Texas Health Steps (miembros menores de 21 años). Los Servicios de Emergencia no requieren Autorización Previa.

Es posible que se necesite una Autorización Previa

Estos son algunos de los servicios que necesitan Autorización Previa:

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

Todos los servicios no participantes requieren una Autorización Previa.

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

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de atención de la salud conductual y abuso de sustancias Médicamente Necesarios. Si tiene un problema con las drogas o está muy molesto por algún motivo, usted puede obtener ayuda. Llame al **1-877-597-7799** para obtener ayuda. No necesita un referido para estos servicios.

Habrá personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés. Infórmeles si necesita ayuda en otros idiomas. Servicios para Miembros 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 acuda a la sala de emergencias más cercana y comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan dentro de las 24 horas.

¿Cómo encuentro una farmacia de la Red?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** 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 Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** 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, 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 realizan envíos de medicamentos para los miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

Para obtener una lista de farmacias de la red que realizan envíos, vaya a esta dirección 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 > Find a Pharmacy > Search for a Pharmacy > Filters and advanced search > (Seleccionar filtro) Retail Pharmacy Delivery

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

Todas las recetas que reciba 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 **1-877-597-7799.** Recuerde que debe llevar la receta, la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits cada vez que vaya al médico o a la farmacia.

¿Qué es una aprobación previa (autorización) 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 recetados. 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 de Texas (Texas Vendor Drug Program, VDP), 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). El vademécum de Medicaid del Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas también incluye una Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). Allí se muestran los medicamentos que el programa recomienda 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 Lista de Medicamentos Preferidos para UnitedHealthcare Community Plan of Texas es administrada por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC), no por UnitedHealthcare.

- La Comisión de Salud y Servicios Humanos desarrolla y mantiene la Lista de Medicamentos Preferidos de Medicaid, y las Organizaciones de Atención Administrada deben cumplir con dicha lista, que comprende medicamentos en diversas clases terapéuticas clasificados como "preferidos" o "no preferidos". La Lista de Medicamentos Preferidos 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.
- Presente la tarjeta de identificación de miembro en la farmacia cuando surta sus medicamentos recetados
- Si tiene otro seguro principal, presente las tarjetas de 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 PCP o llame a Servicios para Miembros al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si su medicamento con receta no figura en la Lista de Medicamentos Preferidos o figura, pero requiere aprobación previa, su Proveedor de atención puede solicitar una aprobación previa para que usted 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 sobre la decisión por escrito, incluido el tiempo de aprobación del medicamento. Si se deniega la solicitud, se les informará a usted a y su médico 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 un Reclamo 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 apruebe una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia del medicamento para tres días. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799** para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos. Para obtener una lista de los medicamentos cubiertos, visite **UHCCommunityPlan.com**.

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-597-7799 para obtener asistencia**.

¿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 DME u otros suministros, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799.**

¿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 **1-877-597-7799** o a su Coordinador de Servicios al 1-877-352-7798.

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

¿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 Kids.

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

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su médico le receta. El médico le emitirá una receta y la enviará por teléfono, fax o envío por medios electrónicos al centro de enfermería para solicitar, surtir, entregar y administrar los medicamentos.

¿Qué es el Programa de Asignación Cerrada de Medicaid?

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

Para evitar ser incluido en el Programa de Asignación Cerrada de Medicaid, haga lo siguiente:

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

Para obtener más información **llame al 1-877-597-7799.**

¿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 su Coordinador de Servicios gratuitamente al 1-877-352-7798 para solicitar ayuda con sus necesidades especiales de atención de la salud.

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

Si tiene una necesidad especial o necesita ayuda para manejar una enfermedad crónica, llame al **1-877-597-7799** para comunicarse con un Coordinador de Servicios. 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.

¿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 o ginecólogo, independientemente de que ese médico esté en la misma Red que su PCP o no. El obstetra o ginecólogo que elija debe estar en la Red de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan.

Usted tiene derecho a elegir a un obstetra o ginecólogo sin un referido de su PCP. Un obstetra o ginecólogo puede ofrecerle lo siguiente:

- Un chequeo de bienestar de la mujer por año
- Atención relacionada con el embarazo
- Atención para cualquier afección médica de la mujer
- Referido a un médico especializado dentro de la Red

Puede obtener servicios de obstetricia y ginecología de su médico. También puede elegir un Especialista en obstetricia o ginecología para que se ocupe de sus necesidades de salud de la mujer. Un obstetra o ginecólogo puede brindarle ayuda en relación con la atención del embarazo, los chequeos anuales o problemas de salud de la mujer.

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

¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo como mi PCP?

Si su obstetra o ginecólogo está dispuesto a ser su PCP, pídale que se comunique con nuestro equipo de Servicios para Miembros al **1-877-597-7799.**

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

Si ha pasado la semana 24 del embarazo, puede seguir consultando a su obstetra o ginecólogo actual para los controles posparto, incluso si el Proveedor está fuera de la Red. Si desea cambiarse a un obstetra o ginecólogo dentro de la Red, puede hacerlo si el Proveedor acepta brindarle tratamiento en el último trimestre de su embarazo. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799.** UnitedHealthcare Community Plan se encargará de que usted continúe el tratamiento con el médico obstetra o 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 cursando los últimos tres meses del embarazo, puede elegir cualquier obstetra o 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 Servicios para Miembros. **Puede llamarnos al 1-877-597-7799 si desea obtener ayuda para la elección de un obstetra o ginecólogo.**

¿Cómo elijo a un obstetra o ginecólogo?

Llame a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** si desea obtener ayuda para elegirles. También puede solicitar un Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** o puede consultarlo en línea en **UHCCommunityPlan.com**.

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

Sí. Si su obstetra o ginecólogo no es su PCP, puede obtener todos los servicios que necesita de su obstetra o ginecólogo, incluidos los servicios de planificación familiar, la atención de obstetricia y los servicios y procedimientos de rutina de ginecología.

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

No, no necesita un referido para obtener 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 atenderle 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 mamás sanas tienen bebés sanos; por eso cuidamos especialmente 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 ayudarla con su embarazo
- Healthy First Steps le brindará información, educación y apoyo para ayudar a reducir los problemas durante el embarazo
- Consulte a su PCP o a un obstetra o ginecólogo. No es necesario que consulte primero a su PCP.

Aquí le mostramos cómo hacerlo:

- Programe una cita con un obstetra o ginecólogo. Debe intentar programar su primera visita prenatal en los próximos 10 días (o lo antes posible).
- El obstetra o 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 o ginecólogo, llame a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799**

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Para encontrar un centro de maternidad, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799.**

¿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 una Autorización Previa para consultar a un Proveedor de atención médica de la mujer a fin de recibir servicios de salud de la mujer. Lo mismo sucede si está embarazada o si se está realizando los controles médicos de Texas Health Steps (miembros menores de 21 años). Los Servicios de Emergencia no requieren Autorización Previa. Estamos aquí para responder sus preguntas y ayudarla a obtener los servicios que necesita. **1-800-599-5985,** de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Gane excelentes recompensas.

Healthy First Steps la recompensa por asistir a las visitas prenatales y posparto.

- Obtenga una tarjeta de regalo de $20 solo por inscribirse
- Gane hasta 8 recompensas en total
- Para inscribirse, visite **UHCHealthyFirstSteps.com**

¿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 a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799** e infórmenos sobre su nuevo bebé tan pronto como nazca. Solicite hablar con un miembro del personal de enfermería de Healthy First Steps. Llame a un asistente social de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas 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 para Mujeres de Texas y del Departamento de Servicios Estatales de Salud (Department of State Health Services, DSHS). Estos servicios se brindan a las mujeres que los soliciten y reciban una aprobación.

Programa Healthy Texas Women

El Programa Healthy Texas Women proporciona exámenes de planificación familiar, exámenes de detección relacionados y métodos anticonceptivos para mujeres de entre 18 y 44 años, cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (185% 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/healthcare-programs/healthy-texas-women
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 Departamento de Servicios Estatales de Salud presta servicios a mujeres, niños y hombres que no pueden acceder a la misma atención a través del seguro o de 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% 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.

Podrá solicitar los servicios del Programa 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 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 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-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 mayores de 18 años, cuyos ingresos sean iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200% 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 Departamento de Servicios Estatales de Salud. 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 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 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?

Llame a su PCP cuando necesite atención médica. Él coordinará la atención que necesite. El nombre y el número de teléfono de su PCP figuran en su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Si tiene Medicare o seguro comercial, no tendrá un PCP en su tarjeta de identificación.

¿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 PCP cierre?

Si el consultorio está cerrado, el PCP tendrá un número al que puede llamar las 24 horas del día y los fines de semana. Lo ideal es comunicarse con él tan pronto como necesite atención de la salud. No espere hasta la noche o el fin de semana para llamarle 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 PCP al número de teléfono que figura en el anverso de su tarjeta de identificación. Si no puede comunicarse con su PCP o desea hablar con alguien mientras espera que le devuelva la llamada, llame a la Línea NurseLine al 1-844-222-7326 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 ayudarlo. **Si cree que tiene una emergencia real, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.**

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

Si necesita atención médica durante un viaje, llámenos al número gratuito **1-877-597-7799** y lo ayudaremos a encontrar un médico. Si necesita Servicios de Emergencia durante un viaje, vaya a un hospital cercano y luego llámenos al número gratuito **1-877-597-7799.**

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

Si tiene una emergencia y se encuentra 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 PCP de UnitedHealthcare Community Plan. Él podrá decirle qué debe hacer si no se siente bien. Si visita a un médico o clínica fuera del estado, debe estar inscrito en Medicaid de Texas para que se cubra la visita. Muestre la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits y la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan antes de que le atiendan. Pídale al médico que llame a UnitedHealthcare Community Plan para obtener un número de autorización. Encontrará dicho número de teléfono en el reverso de la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué sucede si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos que reciba fuera del país.

¿Qué debo hacer si me mudo?

Informe sobre su nueva dirección a la oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos tan pronto como la tenga llamando al 2-1-1 y a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799.** 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 actualice su dirección.

¿Qué sucede si necesito actualizar mi dirección o número de teléfono?

El padre/madre adoptivo o el cuidador de asistencia para cuidados permanentes deben ponerse en contacto con el especialista regional en elegibilidad para asistencia para adopción de DFPS asignado a su caso. Si el padre/madre o cuidador no saben quién es el especialista en elegibilidad asignado, pueden comunicarse con la línea directa de DFPS, 1-800-233-3405, para averiguarlo. El padre/madre o cuidador deben ponerse en contacto con el especialista en elegibilidad para asistencia en adopción para ayudar con el cambio de 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 Kids de Texas al 1-800-964-2777. Puede cambiar de Plan de salud con la frecuencia que desee. Si se encuentra en el hospital, en un centro residencial de tratamiento para el Trastorno por Consumo de Sustancias (Substance Use Disorder, SUD) o en un centro residencial de desintoxicación para dicho trastorno, no podrá cambiar de Plan de salud hasta que reciba el alta hospitalaria.

¿Con quién debo comunicarme?

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

¿Cuántas veces puedo cambiar de Plan de salud?

Puede cambiar de Plan de salud todas las veces que desee.

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

Si llama para cambiar su Plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio tendrá vigencia a partir del 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, el cambio tendrá vigencia a partir del 1.° de mayo
- Si llama después del 15 de abril, el cambio tendrá vigencia a partir del 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 puede solicitar que se dé de baja del Plan a un miembro por una "causa justa". Las "causas justas" pueden ser, entre otras, las siguientes:

- Fraude o abuso por parte de un miembro
- Amenazas o actos físicos que provoquen daños al personal o a los Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan
- Hurto
- Negarse a cumplir con las políticas y los procedimientos de UnitedHealthcare Community Plan, como los siguientes:
  - Permitir que alguien use su tarjeta de identificación;
  - Faltar a las visitas en reiteradas ocasiones;
  - Ser grosero o actuar en contra de un Proveedor o un miembro del personal; o
  - 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 **1-877-597-7799.** La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas decidirá si se le puede indicar a un miembro que abandone el programa.

¿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 **1-877-597-7799** si necesita un intérprete. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.** 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 intérpretes pueden dirigirse al consultorio de su médico y ayudarlo a hablar con su médico personalmente en el idioma que prefiera. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** para obtener más información.

¿Qué significa Médicamente necesario?

"Médicamente necesario" significa lo siguiente:

1. Para los miembros recién nacidos hasta los 20 años, los siguientes servicios de Texas Health Steps:

   (a) Servicios de detección, 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) Razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas u ofrecer pruebas de detección tempranas, intervenciones o tratamientos para las afecciones que producen sufrimiento o dolor, deformidad física o limitaciones de las funciones, que representan una incapacidad física, que provocan enfermedad o dolencia de un miembro o ponen en peligro la vida;
   (b) Son provistos en centros adecuados y en los niveles correspondientes de atención para el tratamiento de las afecciones médicas de un miembro;
   (c) Son 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) Cumplen con los diagnósticos de las afecciones;
   (e) No son 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 de sustancias químicas 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 dolor intenso) como para que una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, suponga razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata podría tener uno de los siguientes resultados:

1. Poner en grave peligro la salud del paciente;
2. Provocar un deterioro grave de las funciones corporales;
3. Provocar una disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal;
4. Provocar un desfiguramiento grave; o
5. En caso de una mujer embarazada, poner en peligro la salud de la madre 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, según la opinión de una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre medicina y salud:

1. Requiera intervención inmediata o atención médica sin la cual el miembro presentaría un peligro inmediato para sí mismo o para los demás; o
2. Hace 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?

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
- Distensiones o 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 indicará lo que debe hacer. En algunos casos, puede indicarle que acuda a una clínica de Atención de Urgencia. Si el 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 **1-877-597-7799.** También puede llamar a nuestra línea de ayuda de personal de enfermería disponible las 24 horas al 1-844-222-7326 si desea obtener ayuda para encontrar la atención que necesita.

¿Cuán pronto puedo esperar ser atendido?

En el caso de las citas de Atención de Urgencia, debería poder consultar a su médico en un plazo de 24 horas. Si el 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 atenderlo en un plazo de 14 días. UnitedHealthcare Community Plan estará encantado de ayudarlo a programar una cita; simplemente llámenos al **1-877-597-7799.**

Recuerde lo siguiente: Lo mejor es que consulte a su médico **antes** de enfermarse para que pueda entablar su relación con él. Es mucho más fácil llamar a su médico cuando tiene problemas de salud y este 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 **1-877-597-7799** si necesita ayuda para elegir a un Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?

Si necesita servicios de atención oftalmológica, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799.** Podemos ayudarlo a encontrar un Proveedor cerca de usted.

¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo?

El Plan dental de Medicaid de su hijo proporciona 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.

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios dentales de emergencia que su hijo recibe en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Esto incluye los servicios que el médico proporciona y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia.

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 Kids de Texas al 1-800-964-2777.

¿Los servicios dentales de emergencia para niños están cubiertos por el plan de salud?

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

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

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios dentales de emergencia 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.

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.

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

Durante los horarios de atención regulares, llame al dentista principal de su hijo para averiguar cómo obtener Servicios de Emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista principal haya cerrado, llámenos al número gratuito **1-877-597-7799** o llame al **9-1-1.**

¿Qué es un Hogar de salud?

Un hogar de salud ofrece atención coordinada a personas con múltiples afecciones crónicas, incluidas enfermedades mentales y trastornos por consumo de sustancias. El hogar de salud es un enfoque clínico de equipo que incluye al consumidor, sus proveedores y familiares, cuando corresponda. El hogar de salud conecta recursos y apoyos comunitarios y ayuda a coordinar e integrar la atención primaria y de salud conductual para satisfacer mejor las necesidades de las personas con múltiples enfermedades crónicas.

¿Qué es un Centro de Atención Extendida Pediátrica Prescrita (PPECC)?

Los Centros de Atención Extendida Pediátrica Prescrita (Prescribed Pediatric Extended Care Centers, PPECC) permiten que los menores desde el nacimiento hasta los 20 años con afecciones médicamente complejas reciban atención médica diaria en un entorno no residencial.

Cuando un médico lo prescribe, los menores pueden asistir a un PPECC hasta un máximo de 12 horas al día para recibir servicios médicos, de enfermería, psicosociales, terapéuticos y del desarrollo adecuados a su afección médica y estado de desarrollo.

Beneficios y servicios

¿Qué es la Coordinación de Servicios?

¿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 ayudarlo con su salud y bienestar. Un Coordinador de Servicios revisará, planificará y le ayudará a satisfacer sus necesidades de atención de la salud.

Se le asignará un Coordinador de Servicios cuando se inscriba en STAR Kids de UnitedHealthcare Community Plan. Su Coordinador de Servicios lo llamará o 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 con usted. A fin de ayudarlo, él puede hacer lo siguiente:

- Coordinar la atención con su Proveedor de Atención Primaria
- Coordinar servicios y apoyos médicos, de salud conductual y a largo plazo
- Resolver cualquier problema de atención médica o con sus Proveedores
- Encontrar maneras para que usted viva en su hogar o en otras instalaciones comunitarias
- Explicarle las opciones de servicio y colocación

¿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 Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** para comunicarse con su coordinador de servicios. Las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.**

¿Qué es un especialista en transición? ¿Qué hará por mí un especialista en transición?

Para los niños que tienen necesidades de atención médica especiales, la transición a la edad adulta muchas veces trae consigo muchos cambios. Un especialista en transición puede ayudarlo a comprender y planificar estos cambios. Todos los miembros de STAR Kids tienen acceso a un especialista en transición.

¿Cómo puedo hablar con un especialista en transición?

Si desea hablar con un especialista en transición o tener un especialista en transición como parte de su equipo de atención, informe a su coordinador de servicios y él o ella podrá ayudarlo.

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

UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo 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 administrará la nómina de sus servicios.

Si elige los Servicios Dirigidos por el Consumidor, usted será 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 ayudarlo 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 y 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 funciona el programa de Servicios Dirigidos por el Consumidor?

Usted elige una Agencia de Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDSA) para que se encargue de las nóminas y actúe como su agente para pagar los impuestos. La agencia le ayudará a establecer un presupuesto. En algunos programas, la agencia ofrece orientación sobre reclutamiento, salarios, beneficios y costos administrativos.

¿Qué servicios pueden autodirigirse en qué programas?

Programa	Servicios
Programa de exención de STAR Kids	Servicios de relevo, servicios flexibles de apoyo familiar, empleo respaldado y asistencia laboral
Servicios y apoyo a largo plazo	Servicios de asistente comunitario, servicios de asistencia personal

¿Cuáles son mis beneficios de atención de la salud?

STAR Kids 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
- Actividades Diarias y Servicios de Salud (Day Activity and Health Services, DAHS)
- Diálisis
- Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno de hospitalización
- Suministros y equipo médico duradero
- Servicios de Intervención en la Lactancia y la Segunda 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
- Servicios de atención personal (Personal Care Services, PCS)
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- Podología
- Atención prenatal
- Centro de Atención Extendida Pediátrica Prescrita (PPECC)
- Servicios preventivos que incluyen un control de bienestar anual para adultos para pacientes mayores de 21 años
- Servicios de atención primaria
- Servicios de enfermería privada (Private Duty Nursing, PDN)
- 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 Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799.**

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?

Puede haber limitaciones para algunos de los servicios cubiertos. Si desea obtener más detalles, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** o visite **myuhc.com** para ver la oferta de beneficios completa y actualizada.

¿Qué servicios no son beneficios cubiertos?

Si desea saber si un procedimiento o medicamento está cubierto en virtud de STAR Kids, comuníquese con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799.** 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
- Servicios o suministros no cubiertos por Medicaid
- Servicios o suministros proporcionados a un miembro después de que se haya realizado una revisión de estos servicios o suministros y se haya determinado que 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 un interno en una institución penitenciaria 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 Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte la página 27 de este Manual para Miembros.

¿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. En este programa, aprenderá nuevas habilidades que se basan en sus fortalezas y capacidades, y que le ayudarán durante una crisis. Su Proveedor de salud mental evaluará si necesita estos servicios. Además, los servicios pueden proporcionarse junto con otros servicios de salud mental.

La Administración de Casos Dirigida a la Salud Mental es un programa basado en la comunidad. 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. Esta persona será su Administrador de Casos, quien trabajará con usted para encontrar servicios o recursos que le ayuden dentro de su área. Esta persona puede hacerle visitas a domicilio y usted también puede ir a su oficina. Este servicio puede proporcionarse junto con otros servicios de salud mental.

Servicios de reemplazo/Servicio y entorno alternativos

Los servicios de reemplazo o servicio y entorno alternativos 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 de reemplazo o servicio y entorno alternativos 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, o PHP por sus siglas en inglés, 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, que normalmente es entre las 9 a.m. y las 3 p.m. Además, los servicios ambulatorios intensivos, también llamados IOP (por sus siglas en inglés), son una especie de versión abreviada de un PHP. Siguen siendo muy estructurados, pero se reducen a 10 horas a la semana durante un periodo 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 de reemplazo no sustituyen a los servicios regulares cubiertos por su plan. Si tiene una afección médica que requiere un eterminado tipo de tratamiento, igualmente deberá recibir ese tratamiento a través de su plan. Sin embargo, si cree que un servicio de eemplazo sería más adecuado para usted, no dude en ponerse en contacto con nosotros para hablar de ello.

¿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 con discapacidades. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** para solicitar estos servicios.

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

- Servicios de atención asistida/atención residencial
- Actividades diarias y servicios de salud
- Servicios de dietista/nutricionales
- Servicios de respuesta a emergencias
- Servicios de Atención de la Salud en el Hogar
- Suministros médicos
- Atención de un auxiliar gestionada por el miembro (servicios dirigidos por el consumidor)
- Modificaciones menores en el hogar, para garantizar la accesibilidad y mejorar la movilidad
- Servicios de enfermería
- Formación de padres: para mejorar las habilidades de crianza y cuidado
- Servicios de asistencia personal
- Atención de pacientes subagudos
- Servicios terapéuticos: incluye terapia ocupacional, física y del habla/del lenguaje

¿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 **1-877-352-7798.**

¿Cuáles son mis beneficios de la atención aguda?

Los servicios Médicamente Necesarios que STAR Kids de UnitedHealthcare Community Plan cubre se enumeran a continuación. Los hospitales de la Red STAR Kids 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 sala de neonatología 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 Kids 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)
  - 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 (1-866-302-3996)
- 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 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 clínicas de maternidad
- Servicios de enfermeras parteras certificadas
- Servicios en centros de maternidad, incluidos servicios de admisión, trabajo de parto, parto, posparto y atención obstétrica total
- Controles 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 Kids de UnitedHealthcare Community Plan ayudará al miembro a hacer la transición a Medicare si se aprueba o a hacer la transición a Medicaid tradicional.

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

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** para obtener más información sobre cómo obtener estos servicios.

¿Qué son los servicios Community First Choice y cómo puedo obtener esos servicios?

Community First Choice incluye servicios adicionales para apoyar su atención y capacitación diarias y el desarrollo de habilidades para ayudarlo a vivir en el entorno menos restrictivo. Si es elegible para Medicaid y tiene un nivel de atención determinado, es elegible para recibir servicios adicionales. Llame a su coordinador de servicios para analizar sus necesidades.

Estoy en el Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

El plan estatal LTSS, como Servicios de Atención Personal (Personal Care Services, PCS), servicios de una enfermera particular (PDN) y Community First Choice (CFC), así como todos los servicios MDCP, se proporcionarán a través de su MCO de STAR Kids. Póngase en contacto con el coordinador de servicios de su MCO si necesita asistencia para acceder a estos servicios.

Tengo la exención de Servicios de Empoderamiento Juvenil (programa opcional YES). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

El plan estatal LTSS, como Servicios de Atención Personal (Personal Care Services, PCS), Enfermería Privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se proporcionarán a través de su MCO de STAR Kids. Sus servicios de exención de YES se proporcionarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Póngase en contacto con el coordinador de servicios de su MCO si necesita asistencia para acceder a estos servicios. También puede ponerse en contacto con su administrador de casos de la Autoridad local de salud mental (Local Mental Health Authority, LMHA) si tiene preguntas específicas sobre los servicios de exención del YES.

Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Servicios de Asistencia y Apoyo a la Vida en la Comunidad (CLASS). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

El plan estatal LTSS, como Servicios de Atención Personal (Personal Care Services, PCS), Enfermería Privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se proporcionarán a través de su MCO de STAR Kids. Sus servicios de exención de CLASS se proporcionarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Póngase en contacto con el coordinador de servicios de su MCO si necesita asistencia para acceder a estos servicios. También puede ponerse en contacto con su Administrador de casos de CLASS si tiene preguntas específicas sobre los servicios de exención de CLASS.

Estoy recibiendo servicios del programa opcional para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

El plan estatal LTSS, como Servicios de Atención Personal (Personal Care Services, PCS), Enfermería Privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se proporcionarán a través de su MCO de STAR Kids. Sus servicios de exención de DBMD se proporcionarán a través del de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Póngase en contacto con el coordinador de servicios de su MCO si necesita asistencia para acceder a estos servicios. También puede ponerse en contacto con su Administrador de casos de DBMD si tiene preguntas específicas sobre los servicios de exención de DBMD.

Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCS). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

El plan estatal LTSS, como Servicios de Atención Personal (Personal Care Services, PCS), Enfermería Privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se proporcionarán a través de su MCO de STAR Kids. Sus servicios de exención de HCS se proporcionarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Póngase en contacto con el coordinador de servicios de su MCO si necesita asistencia para acceder a estos servicios. También puede ponerse en contacto con su coordinador de servicios de HCS en su autoridad local de discapacidad intelectual y del desarrollo (local intellectual and developmental disability authority, LIDDA) si tiene preguntas específicas sobre los servicios de exención de HCS.

Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Texas Home Living (TxHmL). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

El plan estatal LTSS, como Servicios de Atención Personal (Personal Care Services, PCS), Enfermería Privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se proporcionarán a través de su MCO de STAR Kids. Sus servicios de exención de TxHmL se proporcionarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Póngase en contacto con el coordinador de servicios de su MCO si necesita asistencia para acceder a estos servicios. También puede ponerse en contacto con su coordinador de servicios de TxHmL en su autoridad local de discapacidad intelectual y del desarrollo (local intellectual and developmental disability authority, LIDDA) si tiene preguntas específicas sobre los servicios de exención de TxHmL.

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

A partir del 1.° de noviembre de 2016, las personas cubiertas por Medicaid que son elegibles para STAR Kids 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 Kids. 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 Kids Medicaid.

¿Seguiré recibiendo beneficios de STAR Kids si voy a un centro de enfermería?

Un miembro de STAR Kids que entre en un centro de enfermería o centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID) seguirá siendo miembro de STAR Kids. La MCO debe proporcionar Coordinación de Servicios y cualquier Servicio Cubierto que se produzca fuera del Centro de Enfermería o del ICF/IID cuando un miembro de STAR Kids sea residente del Centro de Enfermería o del ICF/IID. Durante toda la estancia en el Centro de Enfermería o en el ICF/IID, la MCO de STAR Kids debe trabajar con el miembro y el representante legalmente autorizado del miembro (Legally Authorized Representative, LAR) para identificar los servicios comunitarios y los programas LTSS para ayudar al miembro a regresar a la comunidad.

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

Puede acudir a su Proveedor de Atención Primaria o a cualquier médico o clínica de planificación familiar que acepte Medicaid para obtener ayuda con la planificación familiar. No necesita un formulario de referido. Infórmele a su Proveedor de Atención Primaria 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 cercanos en línea en **https://www.healthytexaswomen.org/find-a-doctor**, o puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799** para obtener ayuda para encontrar un proveedor de planificación familiar.

¿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 servicios de atención de la salud que actualmente no están cubiertos por Medicaid. Por ejemplo, transporte a supermercados, viviendas y oficinas de servicios públicos. Es posible que se apruebe el transporte de niños adicionales a proveedores aprobados por Medicaid.

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

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.

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.

Examen físico

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

Condiciones: Debe acudir a un Proveedor dentro de la Red. Un examen por año.*
Entre 4 y 20 años de edad.

Productos sensoriales

Certificado de $75 para miembros con trastorno del procesamiento sensorial.

Condiciones: El coordinador de servicios verifica la necesidad. Uno al año.* No aplica para miembros en MDCP u otras exenciones estatales.

Paquete de aprendizaje de enfoque

Kit para Mejorar la Concentración si tienes una discapacidad de aprendizaje. Incluye artículos que ayudan a mantener la atención durante las tareas escolares o el aprendizaje.

Condiciones: Un kit por año.*

Recompensa contra plagas

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

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

$20 para asma o COPD

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

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

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Pulseras con nombre

Un paquete de 10 pulseras desechables de identificación para miembros con discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD) de 0 a 20 años.

Condiciones: Uno al año.* Miembros con IDD de 0 a 20 años.

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

Etiquetas de alergias alimentarias

Un paquete de 24 etiquetas de alergia a alimentos.

Condiciones: Uno al año para miembros de 0 a 20 años.

Bolso para silla de ruedas

Una bolsa para tu silla de ruedas para llevar tus pertenencias personales.

Condiciones: Debes usar silla de ruedas como tu principal forma de moverte todos los días. Una bolsa por año.*

Incentivo de seguimiento de pacientes hospitalizados

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

Condiciones: Los miembros deben completar el seguimiento dentro de los 7 días posteriores al alta hospitalaria. Una al año.

*Cada año fiscal estatal, 9/1-8/31.

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.*

Tarjeta de recompensa para ejercicios

Tarjeta de $20 para artículos de ejercicio.

Condiciones: Una al año.*

Ropa interior menstrual lavable

3 pares de ropa interior lavable para la menstruación. Para miembros con diagnóstico de discapacidad intelectual o del desarrollo.

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

Programa de ejercicios

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

Condiciones: Necesitas computadora, tableta o teléfono inteligente.

Diario de salud mental

Un diario de salud mental. Incluye una lista de recursos relacionados con la salud mental donde los miembros pueden escribir y trabajar en sus sentimientos.

Condiciones: Un diario de salud mental por año.*

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

PPECC Respite Services

Los miembros con servicios PPECC/PDN pueden recibir 8 horas de cuidado al año en un centro. Los horarios son adicionales a los servicios PPECC/PDN ya aprobados. Aplica en horario normal.

Condiciones: Debe usar un proveedor dentro de la red. Limitado a ocho (8) horas por año calendario.

Application CALM Health

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

Condiciones: Necesitas tableta, computadora o teléfono inteligente.

Recordatorios de mensajes de texto para medicamentos

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

Condiciones: Los miembros elegibles tienen acceso al sitio a través de una tableta, computadora o teléfono inteligente.

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 tableta, una computadora o un teléfono inteligente.

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.

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Luces de seguridad para sillas de ruedas

Luces de seguridad para sillas de ruedas para mayor visibilidad.

Condiciones: Para miembros en silla de ruedas. Uno al año.*

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.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Es fácil obtener estos beneficios adicionales llamando a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799,** TDD/TTY: **7-1-1.** Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.

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

UnitedHealthcare Community Plan puede remitirlo a clases de educación sobre la salud, como cursos para padres y clases para ayudarlo a dejar de fumar. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** para obtener más información acerca de las clases y reuniones de educación sobre la salud.

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

¿Qué otros servicios puedo obtener a través de UnitedHealthcare Community Plan?

El programa STAR Kids cubre los siguientes servicios. Estos servicios los ofrecen 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**
- Servicios dentales de Texas Health Steps
- Clínicas contra la tuberculosis (TB)
- Programa de Servicios para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC)
- Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia (ECI)
- Servicios prestados 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 Servicios Relacionados de Texas (Texas School Health and Related Services, SHARS)
- Comisión de Texas para Personas con Ceguera (Texas Commission for the Blind, TCB)

¿Cómo obtengo estos servicios?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** para obtener más información sobre cómo obtener estos servicios.

Texas Health Steps

¿Qué es Texas Health Steps?

Texas Health Steps es el programa de atención de la salud de Medicaid para niños, adolescentes y adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años.

Texas Health Steps le da a su hijo:

- Controles médicos periódicos gratuitos desde el nacimiento
- Controles dentales gratuitos a partir de los 6 meses de edad
- Un Administrador de casos que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde obtener estos servicios

Controles médicos de Texas Health Steps

- Encontrar problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar
- Prevenir problemas de salud que dificulten que los niños aprendan y crezcan como otros de su edad
- Ayudar al niño a tener una sonrisa saludable

¿Qué son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y el Manejo de Casos Específicos de Salud Mental? ¿Cómo obtengo estos servicios?

Las visitas de Texas Health Steps (EPSDT, por sus siglas en inglés) consisten en exámenes de detección apropiados para la edad que son responsabilidad del proveedor para las personas menores de 21 años. Se espera que las herramientas de detección y los referidos necesarios, incluidas las Servicios de reemplazo (ILOS, por sus siglas en inglés), identificadas durante los THSteps sean documentadas por el proveedor y enviadas para autorización previa si es necesario.

Cuándo programar un control médico:

- Recibirá una carta de Texas Health Steps en la que se le informará cuándo es el momento de un control médico. Llame al médico de su hijo para programar el control médico.
- Programe la revisión en el momento más conveniente para su familia

Si el médico o el dentista encuentran un problema de salud durante un control médico, su hijo puede recibir la atención que necesita, por ejemplo:

- Pruebas de los ojos y anteojos
- Pruebas de la audición y audífonos
- Atención dental
- Otra atención de la salud
- Tratamiento para otras afecciones médicas

Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799** o a Texas Health Steps al 1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS) (línea gratuita) en los siguientes casos:

- Necesita ayuda para encontrar un médico o dentista
- Necesita ayuda para hacer una cita para un control médico
- Tiene preguntas sobre los controles médicos o Texas Health Steps
- Necesita ayuda para encontrar y obtener otros servicios

Si no puede llevar a su hijo al control médico, Medicaid podría ayudarlo. Los niños con Medicaid y sus padres pueden obtener traslados gratis desde y hacia el médico, dentista, hospital o farmacia.

- Área de Houston/Beaumont: 1-855-687-4786
- Todas las demás áreas: 1-877-633-8747 (1-877-MED-TRIP)

¿Cómo y cuándo debo recibir controles médicos y dentales de Texas Health Steps para mi hijo?

Todos los padres quieren que su hijo esté feliz y sano. Mantenerlos al día con todos los controles médicos es una de las formas de promover el bienestar de su hijo. Sus hijos deben visitar al médico en estos momentos para sus controles médicos de Texas Health Steps:

Lactancia:

- Al nacer mientras aún están en el hospital
- De 3 a 5 días de vida
- 2 semanas
- A los 2, 4, 6 y 9 meses

Primera infancia:

- A los 12, 15 y 18 meses
- 2, 3 y 4 años

En la segunda infancia:

- A los 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 años

Adolescencia:

- A los 14, 15, 16, 17, 18 y 20 años

Sus hijos deben visitar al dentista en estos momentos para sus controles de Texas Health Steps:

- Los niños deben comenzar a ver al dentista a los 6 meses, luego cada 6 meses a partir de entonces hasta los 20 años de edad

Comuníquese con cualquier médico de Texas Health Steps en Texas cuando su hijo deba realizarse un control médico. Si no está seguro de si su hijo está al día con la atención médica, dental, oftalmológica o auditiva, llame a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799.**

Recuerde que si no mantiene al día los controles médicos de Texas Health Steps y las vacunas de su hijo, la cantidad de su cheque de TANF podría reducirse.

¿Mi médico tiene que formar parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan?

No; cualquier médico de Texas Health Steps puede ver a su hijo. Mediante la realización de controles médicos habituales, su médico puede detectar y tratar problemas antes de que se tornen graves. No necesita un referido. Tiene la libertad de elegir cualquier médico de Texas Health Steps.

¿Necesito tener un referido?

No necesita un referido para servicios de Texas Health Steps.

¿Qué sucede si necesito cancelar una cita?

Llame al consultorio de su médico o dentista si necesita cancelar una cita de Texas Health Steps. Vuelva a programar la revisión lo antes posible para que su hijo se mantenga sano.

¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad y mi hijo debe hacerse un control médico de Texas Health Steps?

Si está fuera de la ciudad y su hijo debe realizarse un control médico Texas Health Steps, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799.** Ellos lo ayudarán a programar una visita con su médico en cuanto llegue a su casa.

¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola inmigrante?

Los hijos de los trabajadores agrícolas inmigrantes pueden realizarse un control médico de Texas Health Steps antes de la fecha estipulada. Puede hacerse el control antes si saldrá del área. Debe programar una cita y realizarse el examen antes de salir del área. Puede llamar al **1-877-597-7799** si necesita 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 es la Administración de Casos para niños y mujeres embarazadas?

Administración de Casos para niños y mujeres embarazadas

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

¿Quién dispone de 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; o
- Tienen un alto riesgo de tener problemas de salud.

¿Qué hacen los Administradores de Casos?

Un Administrador de Casos lo 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 ayudarlo 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 Servicios para Miembros al **1-888-887-9003,** TDD/TTY: **7-1-1,** visite **UHCCommunityPlan.com** o llame a Texas Health Steps al 1-877-847-8377 (gratuito), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

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

Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia (ECI)

¿Qué es la Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia?

La Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia 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 la Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia son únicos debido a estos motivos:

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

¿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 servicios de Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia, visite **https://www.hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services** o comuníquese con su Coordinador de Servicios al **1-877-352-7798** para obtener asistencia.

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

A continuación, un profesional de ECI le proporcionará una evaluación para determinar si su hijo es elegible y comentará con usted la necesidad de servicios.

¿Dónde puedo encontrar un Proveedor de Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia?

Todos los profesionales de Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia tienen experiencia con bebés, niños pequeños y sus familias. Para encontrar un Proveedor de Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia, visite **https://www.hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services** o comuníquese con su Coordinador de Servicios al **1-877-352-7798** para obtener asistencia. Los Especialistas con licencia o acreditados incluyen los siguientes profesionales:

- Especialistas en Intervención en la Lactancia y la Segunda Infancia
- Patólogos del habla y lenguaje
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionales
- Nutricionistas matriculados
- Asesores profesionales
- Especialistas en audición y visión
- Trabajadores sociales
- Personal de enfermería

Transporte

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

¿Qué son los servicios de NEMT?

Los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia 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 los 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 los 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 participante de transporte individual 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 acompañante 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 Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia autorizados

Si necesita que un acompañante viaje con usted a su cita, los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia cubrirán los costos de transporte de su acompañante.

Los niños menores de 14 años deben viajar acompañados por su padre, madre, tutor u otro adulto autorizado. Los niños de entre 15 y 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 Organización de Atención Administrada le proporcionará información sobre cómo solicitar servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia. Debe solicitar estos servicios lo antes posible y con al menos dos días hábiles de anticipación al día en que los necesite. En ciertas circunstancias, puede solicitar los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia con menos anticipación. Esto incluye el transporte desde el hospital después de ser dado de alta; el transporte a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados, y el transporte por afecciones de urgencia, es decir, afecciones médicas que no son una emergencia, pero que son lo suficientemente graves o dolorosas 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 Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia, 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 Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia.
3. Debe devolver los fondos adelantados que no utilice. Debe proporcionar pruebas de que asistió a la cita médica para poder recibir fondos anticipados en el futuro.
4. No debe ejercer actos de abuso o acoso, ya sean de naturaleza verbal, sexual o física, contra ninguna persona al solicitar o recibir los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia.
5. No debe perder los boletos o las fichas de autobús, y debe devolver cualquier boleto o ficha que no utilice. Debe usar los boletos o las fichas de autobús solo para ir a su cita médica.
6. Solo debe usar los servicios de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia para trasladarse hacia y desde sus citas médicas.
7. Si ha coordinado un servicio de Transporte Médico para Casos que no Sean de Emergencia, 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 sucede si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid, pero la recupera 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 Proveedor de Atención Primaria que tenía antes.

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

Cómo renovar

Las familias deben renovar su cobertura de CHIP o Medicaid para niños todos los años. En los meses anteriores a la finalización de la cobertura de un niño, HHSC le enviará a la familia un paquete de renovación por correo. El paquete de renovación contiene una solicitud. También incluye una carta en la que se solicita información actualizada sobre los ingresos y las deducciones de costos de la familia. La familia debe hacer lo siguiente:

- Revisar la información de la solicitud de renovación
- Corregir cualquier información que no sea correcta
- Firmar y fechar la solicitud
- Consultar las opciones de planes de salud, si hay planes de salud de Medicaid disponibles
- Devolver la solicitud de renovación y los documentos de prueba antes de la fecha de vencimiento

Una vez que el HHSC recibe la solicitud de renovación y los documentos de prueba, el personal verifica si los niños de la familia aún califican para su programa actual o si califican para un programa diferente. Si se deriva a un niño a otro programa (Medicaid o CHIP), el HHSC le envía a la familia una carta informándole sobre la derivación y luego verifica si el niño puede obtener beneficios en el otro programa. Si el niño califica, la cobertura en el nuevo programa (Medicaid o CHIP) comienza el mes siguiente al último mes de la cobertura del otro programa. Durante la renovación, la familia puede elegir nuevos planes médicos y dentales llamando al centro de atención telefónica de CHIP/Children's Medicaid al 1-800-964-2777. Si necesita ayuda para completar una solicitud de renovación, puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan o al 2-1-1.

Completar el proceso de renovación

Cuando los hijos aún califican para la cobertura en su programa actual (CHIP o Medicaid), el HHSC enviará a la familia una carta que indique la fecha de inicio del nuevo período de cobertura. Si los hijos califican para CHIP y vence un cargo por inscripción, la familia debe pagar el cargo por inscripción a más tardar en la fecha de vencimiento o se arriesgará a perder la cobertura.

La renovación de CHIP se completa cuando la familia hace lo siguiente:

- Paga cualquier cargo de inscripción adeudado a más tardar en la fecha de vencimiento
- Si la familia cambia su plan médico u odontológico, debe firmar y enviar al HHSC el formulario de inscripción/transferencia correspondiente que muestre el cambio

Si el HHSC recibe y procesa el cargo de inscripción en el CHIP antes de la fecha límite en el 12.° mes de cobertura, la nueva cobertura comienza sin interrupción el primer día del mes siguiente. Si el HHSC no recibe el cargo por inscripción a tiempo, la nueva cobertura no comenzará hasta el primer día del mes siguiente.

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 de su médico, hospital u otro Proveedor de atención médica, pregunte el motivo por el que se la envían a usted. El 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 Servicios para Miembros al **1-877-597-7799** para solicitar ayuda.

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

¿Qué debo hacer si me mudo?

Apenas tenga su nueva dirección, infórmela a la oficina local de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos y a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799.** 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 actualice su dirección.

¿Qué sucede si soy cuidador de asistencia para cuidados permanentes y necesito cambiar mi dirección?

El padre adoptivo del cuidador de asistencia para cuidados permanentes debe comunicarse (o ser derivado) con el Especialista Regional en Elegibilidad para la Asistencia para Adopción (Adoption Assistance Eligibility Specialist, AAES) del Departamento de Familia y Servicios de Protección de Texas asignado a su caso. Si no sabe quién es su AAES, puede ponerse en contacto con la línea directa del DFPS, 1-800-233-3405, para averiguar quién es su especialista de elegibilidad asignado. El AAES podrá ayudarlo con el cambio de 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 médico privado que tenga. Debe llamar a la línea directa de Recursos de Terceros de Medicaid y actualizar su expediente de caso de Medicaid si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

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

Puede llamar a la línea gratuita al 1-800-846-7307. **Si tiene otro seguro, aún puede reunir los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid.** Al informar al personal de Medicaid sobre su otro seguro de salud, ayuda a garantizar 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.

¿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 Kids.

¿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, coseguros y copagos que están cubiertos por Medicaid.

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

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

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

La negligencia provoca inanición, deshidratación, exceso de medicación o medicación insuficiente, condiciones de vida insalubres, etc. La negligencia ambién incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

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

Cómo denunciar el abuso, la negligencia y la explotación

La ley exige que usted informe sospechas de abuso, negligencia o explotación, incluido el uso no aprobado de restricciones o medidas de aislamiento por parte de un Proveedor.

Llame al **9-1-1** en caso de situaciones potencialmente mortales o de emergencia.

Denunciar por teléfono (situaciones que no son de emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin cargo

Llame a la Comisión de Salud y Servicios Humanos al 1-800-458-9858 e informe si la persona sometida a abuso, negligencia o explotación vive o recibe servicios de los siguientes:

- Centro de enfermería
- Centro de residencia asistida
- Centro de cuidado diurno 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.

Las sospechas de abuso, negligencia o explotación por parte de una Agencia de Servicios de Apoyo en el Hogar y la Comunidad también deben informarse al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (Department of Family and Protective Services, DFPS).

Informe cualquier otra sospecha de abuso, negligencia o explotación al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección. Para ello, llame al 1-800-252-5400.

Denunciar por vía electrónica (situaciones 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, negligencia o explotación, es útil tener los nombres, las edades, las direcciones y los números de teléfono de todas las personas involucradas.

Quejas y Apelaciones

¿Qué debo hacer si tengo una Queja?

Queremos ayudarlo. Si tiene una Queja, llámenos de forma gratuita al **1-877-597-7799** para contarnos su problema. Un Defensor de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a presentar una Queja. Simplemente llame al **1-877-597-7799.** La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o, como máximo, en unos 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 Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799;** las personas sordas y con dificultades auditivas deben llamar al TDD/TTY: **7-1-1.**

¿A qué dirección postal puedo enviar una Queja?

Para Quejas por escrito, envíe su carta a 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 en procesarse mi Queja?

La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o, como máximo, en unos pocos días. Recibirá la carta dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la Queja por parte de UnitedHealthcare Community Plan.

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

Sí, un representante dServicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a presentar una Queja. Simplemente llame al **1-877-597-7799.** La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o, como máximo, en unos 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 posteriores a la fecha 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. Para presentar una Apelación, puede enviar una carta a UnitedHealthcare Community Plan, puede enviar por correo postal el Formulario de Apelación que se incluye en la carta que recibió o puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan. Puede solicitar una extensión de hasta 14 días de tiempo adicional para su Apelación. UnitedHealthcare Community Plan puede tomarse más tiempo para tomar una decisión con respecto a su Apelación si es conveniente para usted. Si esto sucede, le informará por escrito el motivo de la demora.

Puede comunicarse con Servicios para Miembros y solicitar ayuda para su Apelación. Cuando llame, 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 el Proveedor de Atención Primaria de su hijo se deniega, retrasa, 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 si la Organización de Atención Administrada demuestra que existe la necesidad de recopilar más información e indica cómo la demora beneficiaría al miembro. Si la Organización de Atención Administrada necesita extender la fecha límite, el miembro debe recibir un aviso por escrito sobre 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 un servicio y entorno alternativos. Si solicita una apelación en un plazo de 10 días hábiles desde que envía el aviso de Acción o la fecha de entrada en vigencia de la acción propuesta, 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 postal 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?

Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo a presentar una Queja o Apelación. Puede pedirles que le ayuden llamando al **1-877-597-7799.**

¿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.

¿Qué es una Apelación de emergencia?

Una Apelación de emergencia tiene lugar cuando el Plan de salud debe tomar una decisión rápidamente debido a su afección de salud, y cuando el tiempo requerido para tomar una decisión de una Apelación estándar podría poner en peligro su vida o 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 Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799.**

¿Tengo que presentar la solicitud por escrito?

Su solicitud no tiene que ser por escrito. Podemos grabar su solicitud oral. Se transcribirá la grabación y se la convertirá en una solicitud por escrito. Si desea enviar por correo postal una solicitud de Apelación por escrito, puede enviarla 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 se relaciona con una emergencia en curso o si se denegó su hospitalización continua, debemos tomar una decisión con respecto a la Apelación en un 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 y se resolverá dentro de los 30 días. Recibirá una carta en la que se explicarán los motivos y qué otras opciones podría tener.

¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación de emergencia?

Si su hijo está hospitalizado, pídale a una persona que lo ayude a enviar por correo, fax o que llame en su nombre para solicitar este tipo de apelación. También puede llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-877-597-7799** y pedirle a alguien que lo ayude a iniciar una Apelación o pedirle al médico de su hijo que lo haga por usted.

Audiencia Imparcial Estatal

¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal?

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 imparcial estatal, obtendrá un paquete de información que le indicará la fecha, hora y ubicación de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales 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 estatal, 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 la Comisión de Salud y Servicios Humanos.

¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal 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

¿Puede un miembro 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 deben solicitar la revisión médica externa en un plazo de 120 días posteriores a la fecha en que el Plan de salud envíe por correo postal la carta con la decisión de Apelación interna. Si el miembro no solicita la revisión médica externa en un plazo de 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 Organización de Atención Administrada y enviarlo por correo postal 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

- También puede llamar a UnitedHealthcare a 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 en un plazo de 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, en función de 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 en un plazo de 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 la Comisión de Salud y Servicios Humanos 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 publicado en el Formulario 4803, Aviso de audiencia.

Si el miembro continúa con una audiencia imparcial estatal y la decisión de la audiencia es diferente de la decisión de la Organización de Revisión Independiente, la decisión de la audiencia imparcial estatal es definitiva. La decisión de la audiencia imparcial estatal solo puede mantener o aumentar los beneficios de los miembros en función 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 escribir o llamar a UnitedHealthcare Community Plan y solicitar una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal de emergencia. Para reunir los requisitos para una revisión médica externa de emergencia y una revisión de la 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.

Directrices Anticipadas

¿Qué son las Directrices Anticipadas?

Todas las personas adultas que se encuentren en hospitales, centros de enfermería y otros establecimientos de atención de la salud tienen ciertos derechos. Por ejemplo, usted tiene derecho a mantener la privacidad de sus registros médicos e información personal. Tiene derecho a saber qué tratamiento recibirá. De acuerdo con la ley federal, tiene derecho a completar una directriz anticipada. Las directrices anticipadas son documentos que le permiten decidir y establecer por escrito qué tipo de tratamiento desea o no desea, así como 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 enfermería 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, así como 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 Proveedor de Atención Primaria o llame a Servicios para Miembros al **1-877-597-7799.** 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 Proveedor de Atención Primaria 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 Proveedor de Atención Primaria 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 presentar una Directriz Anticipada?

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

1. **Un Poder Notarial Permanente para la Atención de la Salud:** un documento escrito que le da a la persona designada el poder de actuar en su nombre 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 se encuentra en una "etapa terminal". Una "etapa 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 se encuentra en una "etapa terminal" si está 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 les indica a los médicos si deben rechazar/retirar o continuar los procedimientos para mantener la vida si se encuentra en una "etapa 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 Proveedor de Atención Primaria, otros Proveedores de salud y la persona que nombre en su directriz deben respetarla.

¿Debe ser un abogado quien prepare mi Directriz Anticipada?

No. Existen grupos locales y nacionales que pueden proporcionarle datos 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 a su Proveedor de Atención Primaria y a cualquier centro de atención de la salud en el momento de 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 documento. 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 la cambia o cancela, avíseles a todos aquellos que tengan una copia de esta.

¿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.

¿Quién puede tomar decisiones de atención de la salud legalmente por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una Directriz Anticipada?

Un juez podría designar a un tutor para que tome las decisiones de atención de la salud por usted. De lo contrario, su Proveedor de Atención Primaria debe buscar a alguien más para que tome las decisiones de atención de la salud por usted. Esta persona puede ser:

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 Proveedor de Atención Primaria no puede encontrar una persona que pueda tomar decisiones sobre su atención de la salud por usted, este podrá decidir sobre su atención médica. Para hacerlo, debe contar con la asesoría de un comité de ética o con la aprobación de otro médico. Puede registrar por escrito lo que desea para asegurarse de que se respete. 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:

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 asignado a esa persona como su tutor para tomar decisiones de atención de la salud por usted.

c. Usted haya indicado en una directiva 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 Servicios para Miembros al **1-877-597-7799.**

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 se mantendrá la privacidad y confidencialidad de sus registros médicos y las conversaciones con sus Proveedores.
2. Tiene derecho a una oportunidad razonable de elegir un Plan de atención de la salud y un Proveedor de Atención Primaria. Este es el médico o Proveedor de atención médica que usted consultará la mayor parte del tiempo y que coordinará su atención. Tiene derecho a cambiar de 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 Proveedor de Atención Primaria.
   b. Elegir cualquier Plan de salud que desee que esté disponible en su área y elegir su Proveedor de Atención Primaria de ese Plan.
   c. Cambiar su Proveedor de Atención Primaria.
   d. Cambiar su Plan de salud sin que se aplique una multa.
   e. Recibir información sobre cómo cambiar su Plan de salud o su Proveedor de Atención Primaria.
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 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 Quejas y Apelaciones 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 audiciones imparciales estatales. 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, su Proveedor o su Plan de salud.
   b. Recibir una respuesta a su Queja en forma oportuna.
   c. Usar el proceso de Apelación del Plan y recibir información sobre cómo usarlo.
   d. Solicitar una revisión médica externa y una audiencia estatal imparcial del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre el funcionamiento de dicho proceso.
   e. Solicitar una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
7. Tiene derecho a recibir acceso en forma oportuna al tipo de atención que no tiene ninguna barrera física 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 libre de obstáculos para personas con discapacidades u otras afecciones que limitan la movilidad, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
   d. Disponer de 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 con una 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, los 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 Medicaid. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
   a. Conocer y comprender sus derechos respecto del programa 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 las reglas de Medicaid.
   b. Elegir su Plan de salud y un Proveedor de Atención Primaria rápidamente.
   c. Realizar cualquier cambio en su Plan de salud y su Proveedor de Atención Primaria de acuerdo con las formas establecidas por Medicaid y el Plan de salud.
   d. Cumplir con sus citas programadas.
   e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
   f. Siempre comunicarse primero con su Proveedor de Atención Primaria para las necesidades médicas que no sean de emergencia.
   g. Asegurarse de tener la aprobación de su Proveedor de Atención Primaria antes de recibir la atención de un Especialista.
   h. Comprender cuándo debe y cuándo no debe ir a una sala de emergencias.

3. Debe compartir información sobre su salud con su Proveedor de Atención Primaria y obtener información sobre las opciones de servicio y tratamiento. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
   a. Informar a su PCP 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 mantenerse saludable. 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 saludable.
   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.

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

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

- Información sobre Proveedores de la Red: 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, profesionales y Proveedores, y los derechos del miembro
- Cualquier limitación que afecte 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 imparcial estatal
- Información sobre los beneficios disponibles en virtud del programa Medicaid, incluidos el monto, la duración y el alcance de los beneficios. Esto está diseñado para garantizar que comprenda 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 o 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 Proveedor de Atención Primaria 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
  - Normas 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 Proveedor de Atención Primaria
- Guía 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 lo son, pueden estar cubiertos. Si la nueva tecnología se convierte en un servicio cubierto, seguirá las normas del Plan, incluida la necesidad médica. Puede publicar esta información en boletines informativos, folletos para miembros u otros materiales para miembros. Si opta por boletines informativos, UnitedHealthcare Community Plan debe publicar esta información cada año.

Fraude y abuso

¿Desea denunciar una situación de malgasto, abuso o fraude?

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

- 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 recursos que tiene para obtener beneficios

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

- Llame a la línea de la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite **https://oig.hhs.texas.gov/** y 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
  1-877-597-7799

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

Al informar sobre un Proveedor (por ejemplo, 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 salud en el hogar, etc.)
- Número de Medicaid del Proveedor y del centro, si los tiene
- Tipo de Proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- Nombres y los números de teléfono de otros testigos que pueden contribuir a la investigación
- Fechas de los eventos
- Un resumen de lo que sucedió

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

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

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

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

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

El descuido provoca hambre, deshidratación, exceso o falta de medicación, condiciones de vida insalubres, etc. También incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

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

Cómo reportar el abuso, la negligencia y la explotación

La ley exige que usted informe 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.

Las sospechas de abuso, negligencia o explotación por parte de una Agencia de Servicios de Apoyo en el Hogar y la Comunidad también deben informarse al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS). Informe cualquier otra sospecha de abuso, negligencia o explotación al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección. Para ello, llame al **1-800-252-5400.**

Informar por vía electrónica (situaciones 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 un informe

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

Glosario de terminología de atención médica administrada

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

Queja: un Reclamo 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 personas con diabetes.

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 empeore.

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

Reclamo: 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 de Hospicio: 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 Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios: 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 cumplen con los estándares de medicina aceptados.

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

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

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

Servicios 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 Previa, aprobación previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La Autorización Previa no constituye una promesa de que su seguro o Plan de salud cubrirá el costo.

Cobertura de Medicamentos Recetados: seguro de salud o Plan que ayuda a pagar los Medicamentos Recetados.

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

Otros detalles del Plan

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 de la salud para un paciente.

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

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 para 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 Servicios para Miembros al **1-877-597-7799,** TDD/TTY: **7-1-1** para recibir atención para personas sordas y con dificultades auditivas. 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

1-877-597-7799, TDD/TTY: **7-1-1** para personas sordas y con dificultades auditivas, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

United Healthcare®
Community Plan

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.


United
Healthcare
Community Plan