Texas – Septiembre de 2026



Le damos la bienvenida a la comunidad

Manual para Miembros de Centros de Enfermería STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan

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

UnitedHealthcare® Community Plan

TEXAS STAR PLUS Your Health Plan ★ Your Choice

TEXAS Health and Human Services

CSTX27MD0438301_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Servicio al Cliente

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

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

Sitios web: **UHCCommunityPlan.com**
myuhc.com/CommunityPlan

Qué debe hacer en caso de una emergencia

En caso de una emergencia, siga las instrucciones proporcionadas por su centro de enfermería. El personal del centro se comunicará con las autoridades correspondientes para coordinar el transporte o los Servicios de Emergencia. Una emergencia es una condición en la que cree que tiene una afección médica grave, o si no recibe atención médica de inmediato, se verá amenazada su vida, extremidad o vista.

Qué hacer en una emergencia de salud conductual

En caso de una emergencia, siga las instrucciones proporcionadas por su centro de enfermería. El personal del centro se comunicará con las autoridades correspondientes para coordinar el transporte o los Servicios de Emergencia.

Llámenos si tiene preguntas acerca de su Plan de salud. Nuestro número gratuito de Servicio al Cliente es el **1-888-887-9003,** TDD/TTY: **7-1-1** para recibir atención para personas sordas y con dificultades auditivas. Cuando llame, habrá personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés. **Este Manual para Miembros está disponible en audio, braille, letra más grande y en otros idiomas si lo solicita. Llame al 1-888-887-9003 para obtener ayuda.**

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

Números de teléfono gratuitos

Servicio al Cliente **1-888-887-9003**
La información sobre cómo acceder a los servicios cubiertos y a los intérpretes está disponible en muchos idiomas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, excepto los feriados aprobados por el estado (consulte la página 4). Fuera del horario regular, comuníquese con la línea NurseLine.TDD/TTY (para recibir atención para personas sordas y con dificultades auditivas) **7-1-1**

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

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

Para Servicios Odontológicos, llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003**

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

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

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

Traslados a la Visita al Médico . . . . . **1-888-462-6050,** TTY: **711**
(de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes)

Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias **1-888-887-9003**
Optum Behavioral Health; disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Información e intérpretes disponibles en muchos idiomas.
En caso de una emergencia, siga las instrucciones proporcionadas por su centro de enfermería. El personal del centro se comunicará con las autoridades correspondientes para coordinar el transporte o los Servicios de Emergencia.

Defensor Estatal del Pueblo para el Equipo de Asistencia de Atención Administrada **1-866-566-8989**

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

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

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

Aspectos destacados del Plan de salud

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan como su Plan de salud

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan

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

Guía para una buena salud

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

Mire su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Asegúrese de que toda la información sea correcta. Deseamos lograr que el uso de su Plan de salud le resulte fácil. Podemos responder a cualquier pregunta que tenga sobre cómo empezar. Si tiene preguntas, llámenos. Nuestro número gratuito de Servicio al Cliente es **1-888-887-9003.** Estamos aquí para ayudarle de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. La cobertura fuera del horario regular y durante los fines de semana se encuentra disponible a través de un sistema telefónico automático.

Todos los números de teléfono que se mencionan en este manual son gratuitos.

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

Ubicaciones de nuestras oficinas

UnitedHealthcare Community Plan

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

Visite nuestro sitio web en **UHCCommunityPlan.com**.

¿Qué es el Servicio al Cliente?

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

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

Servicio al Cliente
1-888-887-9003, TDD/TTY: **7-1-1**

Nuestra oficina está cerrada en estos feriados importantes:

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

Índice

Aspectos destacados del Plan de salud **3**

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan 3

Guía para una buena salud 3

Ubicaciones de nuestras oficinas 4

¿Qué es el Servicio al Cliente? 4

¿Cuándo y dónde uso mi tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan? 12

Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan 13

Cómo reemplazar su tarjeta si se pierde 13

Su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits (YTB) 13

Portal para Clientes de Medicaid de YourTexasBenefits.com 15

Su Formulario de Verificación Temporal de Medicaid (Formulario 1027-A) 16

Visitas al médico **18**

¿Qué es un Médico de Cabecera (PCP)? 18

¿Se me asignará un Médico de Cabecera si tengo Medicare? 18

¿Cómo consulto a mi Médico de Cabecera si no visita mi hogar para ancianos? 18

¿Cómo elijo un Médico de Cabecera? 19

¿Puedo seguir con mi Proveedor si no está en mi Plan de salud? 19

¿Cómo puedo cambiar de Médico de Cabecera? 19

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de Médico de Cabecera? 19

Cobertura STAR+PLUS y Medicare 19

¿Cómo me afecta la cobertura STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan si tengo Medicare y STAR+PLUS? 19

Plan de incentivos para médicos 20

¿Qué es la Coordinación de Servicios? 20

¿Qué es un Coordinador de Servicios? 21

¿Qué es la Coordinación de Servicios y en qué puede ayudarme un Coordinador de Servicios? 21

¿Cómo puedo comunicarme con un Coordinador de Servicios? 21

¿Qué otros programas están disponibles para ayudarme a controlar mi enfermedad crónica? 21

¿Sabía que es posible contratar y administrar a las personas que prestan sus servicios? 22

¿Por qué querría elegir la opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDS)? . . 22

¿Cómo funcionan los CDS? 23

¿Qué servicios pueden autodirigirse en qué programas? 23

¿Qué sucede si necesito consultar a un médico especial (Especialista)? 23

¿Qué es un referido? 24

¿Qué servicios no necesitan un referido? 24

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atienda un Especialista? 24

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión? 24

Autorización Previa 25

¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o de consumo de alcohol o drogas? ¿Necesito un referido para esto? 26

¿Qué son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y la Administración de Casos Dirigida a la Salud Mental? ¿Cómo obtengo estos servicios? 26

¿Cómo obtengo mis medicamentos? 27

¿Qué sucede si no puedo obtener la aprobación del medicamento que me indicó el médico? 27

¿Qué sucede si también tengo Medicare? 27

¿Qué es el Programa de Bloqueo de Medicaid? 27

¿Con quién me comunico si necesito atención de la salud especial y que alguien me ayude? 28

¿Qué sucede si necesito atención de obstetricia/ginecología? ¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo? ¿Necesitaré un referido? 28

¿Puedo permanecer con mi obstetra/ginecólogo, aunque no pertenezca a UnitedHealthcare Community Plan?. 29

¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo? 29

Si no elijo a un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo?. 29

¿Necesitaré un referido para obtener los servicios de un obstetra o ginecólogo? . . . 29

¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de comunicarme con mi obstetra o ginecólogo para programar una cita?. 29

¿Cómo programo una cita?. 30

¿Qué debo llevar a la cita? 30

¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi Médico de Cabecera cierre? 30

¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de las instalaciones y de viaje fuera de la ciudad? 30

¿Qué sucede si estoy fuera del estado? 31

¿Qué sucede si estoy fuera del país?. 31

¿Qué debo hacer si me mudo? 31

¿Qué sucede si deseo cambiar de Plan de salud?. 31

¿A quién llamo? 31

¿Cuántas veces puedo cambiar de Plan de salud?. 32

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio del Plan de salud? 32

¿Puede UnitedHealthcare Community Plan solicitar que me retiren de su Plan de salud (por incumplimiento, etc.)? 32

Servicios de idiomas e intérpretes. 33

¿Es posible contar con un intérprete cuando hable con mi médico? ¿Con quién me comunico para solicitar un intérprete? ¿Con cuánta antelación debo llamar? . . 33

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del Proveedor?. 33

¿Qué significa “Médicamente Necesario”? 34

¿Qué es la atención médica de emergencia? 35

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan? 36

¿Necesito una Autorización Previa? 36

¿Qué es la atención posterior a la estabilización? 36

¿Qué es la atención médica de rutina y cuán pronto puedo esperar que me atiendan? 36

¿Los servicios odontológicos de emergencia están cubiertos? 37

¿Los servicios odontológicos que no son de emergencia están cubiertos? 38

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica? 38

Beneficios y servicios **39**

¿Cuáles son mis beneficios de atención de la salud? 39

¿Cómo obtengo estos servicios? 40

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos? 40

¿En qué consisten los Servicios y Apoyos de Atención a Largo Plazo (LTSS)? 40

¿Cuáles son mis beneficios de LTSS en Centros de Enfermería? 40

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios? 41

¿Cómo cambiarían mis beneficios si me mudara a la comunidad? 41

Servicios comunitarios de atención a largo plazo para todos los miembros 41

Servicios de exención de HCBS STAR+PLUS para aquellos miembros que califiquen para estos servicios 41

¿Cuáles son mis beneficios de la atención aguda? 42

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios? 44

¿Qué servicios no están cubiertos? 45

¿Qué servicios puedo seguir recibiendo a través de Medicaid regular, pero no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan? 45

¿Cuáles son mis beneficios de Medicamentos Recetados? 46

Planificación familiar **47**

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar? ¿Necesito un referido para esto? 47

¿Dónde encuentro un Proveedor de servicios de planificación familiar? 47

Otros detalles del Plan **48**

¿Qué beneficios adicionales obtengo como miembro de UnitedHealthcare Community Plan? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios? 48

¿Cómo puedo obtener estos beneficios? 51

¿Qué clases de educación para la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan? 51

¿Qué otros servicios UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarme a obtener? 52

Servicios de transporte de UnitedHealthcare Community Plan para residentes de centros de enfermería 52

¿Qué servicios de transporte se ofrecen? 52

¿Cómo obtengo este servicio? 53

¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid? 53

¿Qué sucede si recibo una factura del centro de enfermería? ¿A quién llamo? ¿Qué información necesitarán? 53

¿Qué es el ingreso correspondiente? 53

¿Cuáles son mis responsabilidades? 53

¿Qué debo hacer si me mudo? 54

¿Qué sucede si tengo otro seguro de salud además de Medicaid? 54

¿Puede mi Proveedor de Medicare facturarme por servicios o suministros si estoy en Medicare y Medicaid? 54

Quejas y Apelaciones 55

¿Qué debo hacer si tengo una Queja sobre mi atención de la salud, Proveedor, Coordinador de Servicios o Plan de salud? 55

¿A quién llamo? 55

¿Dónde puedo enviar una Queja por correo postal? 55

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una Queja? 56

¿Cuánto tiempo tardará el procesamiento de mi Queja? 56

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a presentar una Queja? 56

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o limita? 56

¿Cómo sabré si se deniegan los servicios? 57

¿Cuáles son los plazos para el proceso de Apelación? 57

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una Apelación? 57

¿Tengo que presentar mi solicitud de Apelación por escrito? 57

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan ayudarme a presentar una Apelación? 57

¿Qué sucede después de mi Apelación? 58

¿Qué es una Apelación de emergencia? 58

¿Cómo solicito una Apelación de emergencia? 58

¿Tengo que presentar la solicitud por escrito? 58

¿Cuáles son los plazos para una Apelación de emergencia? 58

¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza la solicitud de Apelación de emergencia? 59

¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación de emergencia? 59

Audiencia Estatal Imparcial 59

¿Puedo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial? 59

¿Puedo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial de emergencia? 60

Información sobre la Revisión Médica Externa 61

¿Puedo solicitar una Revisión Médica Externa? 61

¿Puedo solicitar una Revisión Médica Externa de emergencia? 62

Directrices Anticipadas 63

¿Qué son las Directrices Anticipadas? 63

¿Cómo obtengo una Directriz Anticipada? 63

¿Quién tiene derecho a tomar decisiones acerca de la atención de la salud? 63

¿Qué sucede si no puedo informar cuáles son mis decisiones de atención de la salud a los Proveedores? 63

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre mi atención médica? 64

¿Cuáles son mis opciones para redactar una Directriz Anticipada? 64

¿Se debe respetar mi Directriz Anticipada? 64

¿Debe ser un abogado quien prepare mi Directriz Anticipada? 64

¿Quién debe tener una copia de mi Directriz Anticipada? 65

¿Debo redactar una Directriz Anticipada? 65

¿Puedo cambiar o cancelar mi Directriz Anticipada? 65

¿Qué sucede si ya tengo una Directriz Anticipada? 65

Según la ley, ¿quién puede tomar decisiones de atención de la salud por mí si yo no puedo hacerlo y no tengo una Directriz Anticipada? 65

Derechos y responsabilidades de los miembros 66

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades de atención de la salud como miembro de UnitedHealthcare Community Plan? 66

Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información 70

Abuso, abandono y explotación 71

Fraude y abuso 73

¿Desea denunciar malgasto, abuso o fraude? 73

Para denunciar un malgasto, abuso o fraude, recopile toda la información que sea posible 74

Tiene derecho a que le traten con respeto y dignidad, incluido no sufrir abuso, abandono y explotación 74

¿Qué son el abuso, el abandono y la explotación? 74

Glosario de terminología de atención administrada 76

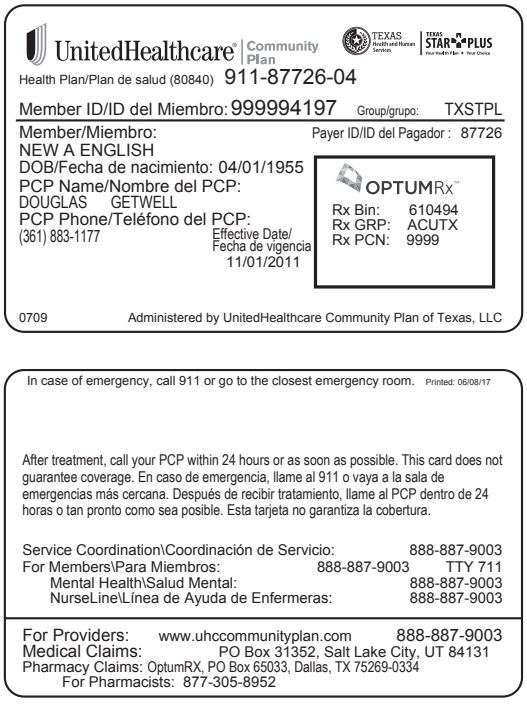
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad 79

¿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. La tarjeta de identificación les brinda al médico y al personal del consultorio información importante sobre usted. Si cambia su Médico de Cabecera, recibirá una nueva tarjeta de identificación.

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

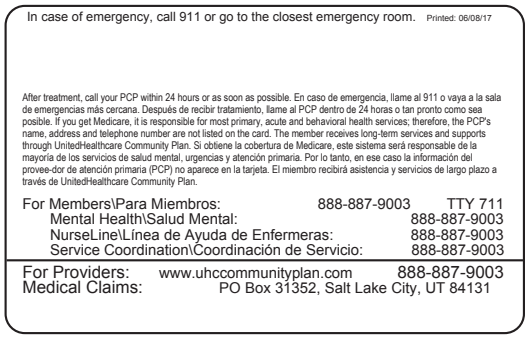
Miembros con tarjeta de identificación de Medicaid únicamente


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

In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 06/08/17
After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. This card does not guarantee coverage. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta no garantiza la cobertura.
Service Coordination\Coordinación de Servicio: 888-887-9003
For Members\Para Miembros: 888-887-9003 TTY 711
Mental Health\Salud Mental: 888-887-9003
NurseLine\Línea de Ayuda de Enfermeras: 888-887-9003
For Providers: www.uhccommunityplan.com 888-887-9003
Medical Claims: PO Box 31352, Salt Lake City, UT 84131
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334
For Pharmacists: 877-305-8952

Miembros con tarjeta de identificación de Medicaid y Medicare


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


In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 06/08/17
After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. If you get Medicare, it is responsible for most primary, acute and behavioral health services; therefore, the PCP's name, address and telephone number are not listed on the card. The member receives long-term services and supports through UnitedHealthcare Community Plan. Si obtiene la cobertura de Medicare, este sistema será responsable de la mayoría de los servicios de salud mental, urgencias y atención primaria. Por lo tanto, en ese caso la información del provee-dor de atención primaria (PCP) no aparece en la tarjeta. El miembro recibirá asistencia y servicios de largo plazo a través de UnitedHealthcare Community Plan.
For Members\Para Miembros: 888-887-9003 TTY 711
Mental Health\Salud Mental: 888-887-9003
NurseLine\Línea de Ayuda de Enfermeras: 888-887-9003
Service Coordination\Coordinación de Servicio: 888-887-9003
For Providers: www.uhccommunityplan.com 888-887-9003
Medical Claims: PO Box 31352, Salt Lake City, UT 84131

Si tiene Medicare y Medicaid, la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare no mostrará el nombre ni el número de teléfono de un médico. La tarjeta de identificación mostrará USE MEDICARE.

Cómo leer su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan

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

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

Cómo reemplazar su tarjeta si se pierde

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

Recuerde llevar su tarjeta con usted y mostrarla cada vez que visite al médico, dentista o farmacia.

Su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits (YTB)

Cuando reciba la aprobación para Medicaid, recibirá su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta diaria de Medicaid. Debe llevarla y protegerla al igual que la licencia de conducir o una tarjeta de crédito. Su médico puede usar la tarjeta para averiguar si usted tiene beneficios de Medicaid cuando va a una visita.

Se le emitirá una sola tarjeta y recibirá una nueva tarjeta solo si la pierde o se la roban. Si pierde o le roban la tarjeta de Medicaid, puede obtener una nueva llamando al número gratuito 1-800-252-8263.

Si no está seguro de estar cubierto por Medicaid, puede averiguarlo llamando al número gratuito 1-800-252-8263. También puede llamar al 2-1-1. Primero elija un idioma y luego elija la opción 2, o conéctese en línea para solicitar o imprimir una tarjeta temporal en **www.YourTexasBenefits.com**.

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 ayudarles a decidir qué atención de la salud usted necesita. Si no desea que sus médicos vean su información médica y odontológica a través de la Red segura en línea, llame al número gratuito 1-800-252-8263 u opte por no compartir su información de salud en **www.YourTexasBenefits.com**.

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

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

El reverso de su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits 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, puede usar el teléfono o Internet para asegurarse de que usted reciba los beneficios de Medicaid.

Portal para Clientes de Medicaid de YourTexasBenefits.com

El Portal para Clientes de Medicaid le permite hacer todo lo siguiente por cualquier persona que forme parte de su caso:

- Consultar, imprimir y solicitar una tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits
- Consultar sus planes médicos y odontológicos
- Consultar la información de sus beneficios
- Consultar las alertas de Texas Health Steps
- Consultar las alertas de difusión
- Consultar los diagnósticos y tratamientos
- Consultar las vacunas
- Consultar los Medicamentos Recetados
- Elegir si desea permitir que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y odontológica disponible

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

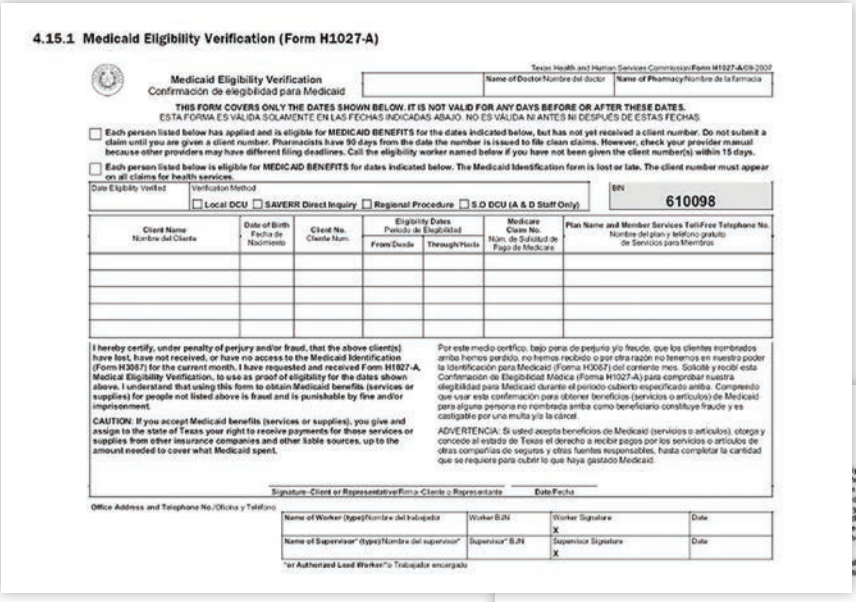
- Haga clic en **"Log In" (Iniciar Sesión)**
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **"Create a new account" (Crear una cuenta nueva).**
- Haga clic en **"Manage" (Administrar)**
- Vaya a la sección "Quick links" (Enlaces rápidos)
- Haga clic en **"Medicaid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

Nota: El Portal para Clientes de Medicaid de **YourTexasBenefits.com** muestra información solo para clientes activos. Los representantes legalmente autorizados pueden ver a cualquier persona que forme parte de su caso.

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

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

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



4.15.1 Medicaid Eligibility Verification (Form H1027-A)

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

Medicaid Eligibility Verification
Confirmación de elegibilidad para Medicaid

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

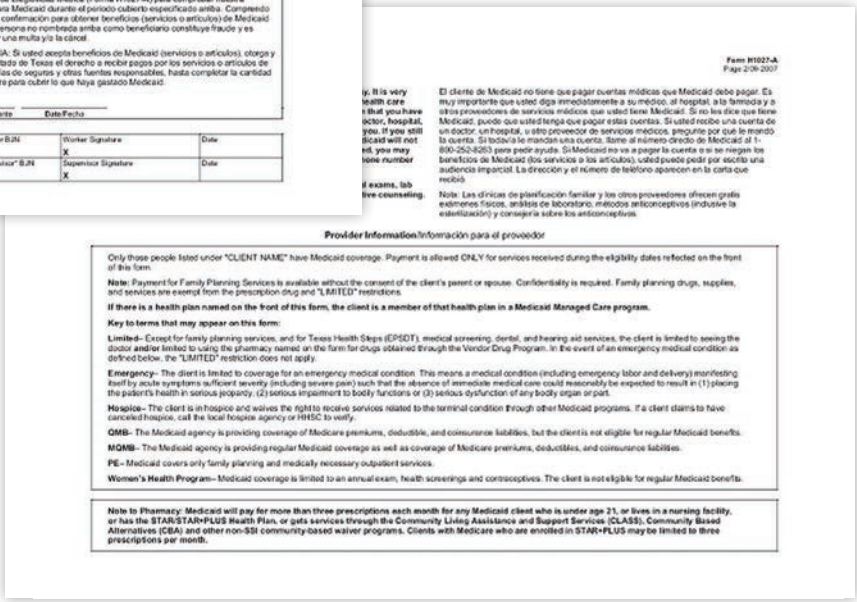
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

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

X

or Authorized Lead Worker/o Trabajador encargado

Muestra del Formulario de Verificación Temporal de Medicaid: anverso



Form H1027-A
Page 2/09-2007

...y. It is very important that you have ...health care ...doctor, hospital, ...you. If you still ...dicaid will not ...nd, you may ...hone number ...d exams, lab ...tive counseling.

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

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

Provider Information/Información para el proveedor

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

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

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

Key to terms that may appear on this form:

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

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

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

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

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

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

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

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

Muestra del Formulario de Verificación Temporal de Medicaid: reverso

Visitas al médico

¿Qué es un Médico de Cabecera (PCP)?

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

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

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

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

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

¿Se me asignará un Médico de Cabecera si tengo Medicare?

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

¿Cómo consulto a mi Médico de Cabecera si no visita mi hogar para ancianos?

Si necesita salir del centro de enfermería para una visita al médico, el centro de enfermería le proporcionará transporte.

¿Cómo elijo un Médico de Cabecera?

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

¿Tiene preguntas sobre cómo consultar a un Proveedor?

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

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

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

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

¿Cómo puedo cambiar de Médico de Cabecera?

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

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

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

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

Cobertura STAR+PLUS y Medicare

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

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

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

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

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

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

Plan de incentivos para médicos

UnitedHealthcare Community Plan recompensa a los médicos por tratamientos rentables para las personas cubiertas por Medicaid. Tiene derecho a saber si su Médico de Cabecera (médico principal) forma parte de este Plan de incentivos para médicos. También tiene derecho a saber cómo funciona el Plan. Puede llamar al **1-888-887-9003** para obtener más información al respecto.

¿Qué es la Coordinación de Servicios?

Proceso de atención/servicios especializados que incluye, entre otros lo siguiente:

- Identificación de las necesidades físicas, mentales o a largo plazo del miembro
- Abordaje de cualquier necesidad única del miembro que pueda mejorar los resultados y la salud/el bienestar
- Asistencia al miembro para garantizar el acceso oportuno y coordinado a una variedad de servicios o servicios cubiertos elegibles para Medicaid
- Asociación con el centro de enfermería para garantizar los mejores resultados posibles para la salud y seguridad del miembro
- Coordinación de la prestación de servicios para los miembros que se están reintegrando a la comunidad

¿Qué es un Coordinador de Servicios?

Se le asignará un Coordinador de Servicios cuando se inscriba a STAR+PLUS de UnitedHealthcare Community Plan. Su Coordinador de Servicios le 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. Esta persona le hará preguntas acerca de su salud. Sea honesto y abierto. Su Coordinador de Servicios mantendrá la confidencialidad de todo lo que hable. Este puede ayudarle a realizar lo siguiente:

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

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

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

¿Cómo puedo comunicarme con un Coordinador de Servicios?

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

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

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

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

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

¿Sabía que es posible contratar y administrar a las personas que prestan sus servicios?

UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a administrar sus servicios en el hogar. Los Servicios Dirigidos por el Consumidor (Consumer-Directed Services, CDS) son un programa para personas que reciben determinados servicios disponibles en virtud de la opción CDS. Con este programa, usted encuentra, contrata y capacita a las personas que prestan estos servicios específicos. También revisa el presupuesto de los servicios. Usted decide cuánto pagarles a estos Proveedores. Puede elegir a la persona para que maneje los servicios por usted. Si elige este programa, una agencia le enseñará qué hacer. La agencia también manejará la nómina de sus servicios.

Si elige la opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor, usted es el empleador. Puede contratar, despedir y administrar a sus propios Proveedores de servicios de salud. Esto puede incluir a sus auxiliares, auxiliares de respaldo, Proveedores de relevo en el hogar y fuera del hogar, y Proveedores de servicios disponibles en la opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor. Usted tiene control sobre cómo se gastan los fondos del programa en salarios y beneficios para sus empleados. Usted elige una agencia de Servicios Dirigidos por el Consumidor para administrar los servicios fiscales por usted. Como empleador, debe coordinar el pago de los impuestos laborales. Debe pagar a sus empleados con los fondos del programa. Su agencia de Servicios Dirigidos por el Consumidor le ofrecerá este servicio.

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

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

¿Cómo funcionan los CDS?

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

¿Qué servicios pueden autodirigirse en qué programas?

Programa	Servicios
Programa de Exención STAR+PLUS (anteriormente conocido como alternativas comunitarias)	Servicios de asistencia personal/ supervisión de protección, relevo, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla/lenguaje, servicios de enfermería, consulta de apoyo, empleo con apoyo/asistencia laboral, terapia de rehabilitación cognitiva
Servicios de atención primaria en el hogar/auxiliar comunitario	Servicios de asistencia personal Consulta de apoyo

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

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

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

¿Qué es un referido?

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

¿Qué servicios no necesitan un referido?

NO necesita un referido para los siguientes casos:

- Servicios de Emergencia
- Atención de obstetricia/ginecología
- Servicios de salud conductual
- Servicios oftalmológicos de rutina
- Servicios odontológicos de rutina

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

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atienda un Especialista?

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

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Tiene derecho a solicitar una segunda opinión de un Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan si no está satisfecho con el plan de atención ofrecido por el Especialista. Su Médico de Cabecera debe poder darle un referido para una visita de segunda opinión. Si su médico desea que consulte a un Especialista que no sea un Proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, esa visita deberá contar con la aprobación de UnitedHealthcare Community Plan. Puede llamar a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para solicitar ayuda en cuanto a una segunda opinión.

Autorización Previa

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

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

Es posible que se necesite una Autorización Previa

Algunos de los servicios que necesitan Autorización Previa son los siguientes:

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

Todos los servicios no participantes requieren una Autorización Previa.

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

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

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

En caso de una emergencia, siga las instrucciones proporcionadas por su centro de enfermería. El personal del centro se comunicará con las autoridades correspondientes para coordinar el transporte o los Servicios de Emergencia.

¿Necesito un referido?

No necesita un referido para estos servicios.

¿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 comunitario. Estos servicios se proporcionan a personas con trastornos de salud mental. Aprenderá nuevas habilidades, las cuales se basan en sus fortalezas y capacidades. Estas nuevas habilidades le ayudarán durante una crisis. Su Proveedor de salud mental evaluará su necesidad de estos servicios. Estos servicios pueden proporcionarse con otros servicios de salud mental.

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

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su médico dice que usted necesita. 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 sucede si no puedo obtener la aprobación del medicamento que me indicó el médico?

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

¿Qué sucede si también tengo Medicare?

Medicare o su Plan de salud de Medicare pagarán sus servicios antes que UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan podría cubrir algunos servicios que no están cubiertos por Medicare para los miembros de STAR+PLUS. Los Medicamentos Recetados están cubiertos a través del programa de Medicamentos de Proveedores de Medicaid o de la Parte D de Medicare.

¿Qué es el Programa de Bloqueo de Medicaid?

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

Para evitar que le incluyan en el Programa de Bloqueo de Medicaid:

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

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

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

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

¿Qué sucede si necesito atención de obstetricia/ginecología? ¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo? ¿Necesitaré un referido?

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo elijo a un obstetra/ginecólogo?

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

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

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

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

No, no necesita un referido para recibir estos servicios.

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

Si necesita atención prenatal, el médico debe atenderle en un plazo de dos semanas a partir de la solicitud de visita.

¿Cómo programo una cita?

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

¿Qué debo llevar a la cita?

Cuando vaya a la cita, siempre lleve su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits, una lista de los problemas que tenga y una lista de todos los fármacos o medicamentos a base de hierbas que esté tomando.

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

Si el consultorio está cerrado, el Médico de Cabecera tendrá un número al que puede llamar las 24 horas del día y los fines de semana. Es mejor comunicarse con él tan pronto necesite atención de la salud. No espere hasta la noche o el fin de semana para 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 Médico de Cabecera al número de teléfono que figura en el anverso de su tarjeta de identificación. Si no puede comunicarse o desea hablar con alguien mientras espera que el Médico de Cabecera le devuelva la llamada, llame a NurseLine al **1-877-839-5407** para hablar con personal de enfermería. El personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudarle. Si cree que tiene una emergencia real, llame al **9-1-1** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de las instalaciones y de viaje fuera de la ciudad?

Si necesita atención médica cuando viaja, llámenos al número gratuito **1-888-887-9003** y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si necesita Servicios de Emergencia mientras viaja, diríjase a un hospital cercano y luego llámenos al número gratuito **1-888-887-9003.**

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

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

Si visita a un médico o clínica fuera del estado, estos deben estar inscritos en Medicaid de Texas para recibir el pago. Muestre la tarjeta de beneficios de Texas Medicaid 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. El número de teléfono al que debe llamar se encuentra en el reverso de su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué sucede si estoy fuera del país?

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

¿Qué debo hacer si me mudo?

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

¿Qué sucede si deseo cambiar de Plan de salud?

Puede cambiar de Plan de salud llamando a la línea de ayuda del Programa STAR+PLUS al 1-800-964-2777. Puede cambiar de Plan de salud con la frecuencia que desee, pero no más de una vez al mes. 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.

¿A quién llamo?

Puede cambiar de Plan de salud llamando a la línea de ayuda del Programa Texas STAR+PLUS al 1-800-964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar de Plan de salud?

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

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

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

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

¿Puede UnitedHealthcare Community Plan solicitar que me retiren de su Plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

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

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

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

Servicios de idiomas e intérpretes

UnitedHealthcare Community Plan cuenta con personal que habla inglés y español. Si habla otro idioma o es sordo y tiene problemas de audición y necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** o TDD/TTY: **7-1-1** para recibir atención para personas sordas y con dificultades auditivas. También puede comunicarse con su Coordinador de Servicios llamando al **1-888-887-9003.**

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

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

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

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

¿Qué significa "Médicamente Necesario"?

1. Para miembros de 21 años o más, servicios de atención de la salud no relacionados con la salud del comportamiento que:
   a. sean 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 o la empeoran, que provocan enfermedad o dolencia de un miembro o ponen en peligro la vida;
   b. sean provistos en centros adecuados y en niveles adecuados de atención para el tratamiento de las afecciones médicas de un miembro;
   c. cumplan con las pautas y normas de prácticas de atención de la salud que están aprobadas por organizaciones de atención de la salud reconocidas profesionalmente o por agencias gubernamentales;
   d. cumplan con los diagnósticos de las afecciones;
   e. no sean más molestos ni restrictivos que lo necesario para proporcionar un adecuado equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
   f. no sean experimentales ni de investigación; y
   g. no estén provistos principalmente para la conveniencia del miembro o del Proveedor, y
2. Para miembros de 21 años o más, servicios de salud conductual que:
   a. sean razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o de dependencia de sustancias químicas, o bien para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento como consecuencia de tal trastorno;
   b. cumplan con las pautas clínicas y normas de práctica profesionalmente aceptables en atención de la salud conceptual;
   c. se proporcionen en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el cual los servicios se pueden brindar de forma segura;
   d. sean del nivel o suministro de servicio más adecuado que puedan proporcionarse de manera segura;
   e. no podrían omitirse sin afectar de manera adversa la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención provista;
   f. no sean experimentales ni de investigación; y
   g. no sean principalmente para la conveniencia del miembro o Proveedor.

UnitedHealthcare Community Plan determinará la necesidad médica de los servicios adicionales para centros de enfermería y los servicios de atención aguda únicamente. Los servicios adicionales para centros de enfermería incluyen, entre otros, servicios odontológicos de emergencia, servicios de rehabilitación solicitados por médicos, sillas de ruedas eléctricas personalizadas y dispositivos de comunicación de audio.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Atención médica de emergencia

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

Afección Médica de Emergencia significa:

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

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

Afección de salud conductual de emergencia significa:

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

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

Servicios de Emergencia y atención de emergencia significa:

Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados por un Proveedor que está calificado para proporcionar dichos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una Afección Médica de Emergencia o afección de salud conductual de emergencia, incluidos los servicios de atención posterior a la estabilización.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

El tiempo de espera de emergencia será en función de sus necesidades médicas y será determinado por el centro de emergencias que le brinda tratamiento.

¿Necesito una Autorización Previa?

No necesita un referido o una Autorización Previa para obtener atención de emergencia.

¿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 rutina y cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

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

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

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

¿Los servicios odontológicos de emergencia están cubiertos?

UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios odontológicos de emergencia limitados para lo siguiente:

- Mandíbula dislocada
- Daño traumático en los dientes y las estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de encías
- Medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores

UnitedHealthcare Community Plan también cubre los servicios odontológicos proporcionados a los miembros de Medicaid en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos los servicios hospitalarios, médicos y relacionados (p. ej., anestesia y medicamentos).

Los procedimientos odontológicos de emergencia cubiertos incluyen, entre otros:

- Alivio del dolor extremo en la cavidad bucal asociado con una infección o hinchazón graves;
- Reparación de daños por pérdida de dientes debido a traumatismo (solo atención aguda, sin restauración);
- Reducción abierta o cerrada de la fractura del maxilar superior o la mandíbula;
- Reparación de laceración en la cavidad bucal o alrededor de esta;
- Escisión de neoplasias, incluidas lesiones benignas, malignas y premalignas, tumores y quistes;
- Incisión y drenaje de celulitis;
- Tratamiento de conducto. El pago está sujeto a la revisión de la necesidad odontológica y se requieren radiografías preoperatorias y posoperatorias; y
- Extracciones: diente único, permanente; diente único, primario; dientes supernumerarios; impactación de tejidos blandos; impactación ósea parcial; impactación ósea completa; extracción quirúrgica de diente erupcionado o punta de raíz residual.

¿Los servicios odontológicos que no son de emergencia están cubiertos?

UnitedHealthcare Community Plan no es responsable de pagar los servicios odontológicos de rutina prestados a los miembros de Medicaid. Sin embargo, UnitedHealthcare Community Plan es responsable de pagar el tratamiento y los dispositivos para anomalías craneofaciales.

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?

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

Beneficios y servicios

¿Cuáles son mis beneficios de atención de la salud?

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

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

- Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno de hospitalización
- Podiatría
- Atención prenatal
- Servicios de atención primaria
- Servicios preventivos que incluyen un control de bienestar anual para adultos para pacientes de 21 años o más
- Radiología, diagnóstico por imágenes y radiografías
- Servicios de médicos Especialistas
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- Trasplante de órganos y tejidos
- Servicios oftalmológicos

¿Cómo obtengo estos servicios?

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

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?

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

¿En qué consisten los Servicios y Apoyos de Atención a Largo Plazo (LTSS)?

Son servicios prestados por profesionales de atención médica que ofrecen servicios comunitarios y en el hogar directos para personas mayores y personas con discapacidades. Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para solicitar estos servicios.

¿Cuáles son mis beneficios de LTSS en Centros de Enfermería?

Los miembros recibirán servicios cubiertos por la tarifa diaria del centro de enfermería que se proporcionan en el centro. Los servicios adicionales en centros de enfermería también se proporcionan cuando son Médicamente Necesarios y están cubiertos fuera de la tarifa diaria.

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

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

¿Cómo cambiarían mis beneficios si me mudara a la comunidad?

Los miembros que regresen a la comunidad recibirán servicios comunitarios de atención a largo plazo o servicios de exención STAR+PLUS que incluyen lo siguiente:

Servicios comunitarios de atención a largo plazo para todos los miembros

- Servicios de auxiliar personal
- Actividades Diarias y Servicios de Salud

Servicios de exención de HCBS STAR+PLUS para aquellos miembros que califiquen para estos servicios

- Servicios de auxiliar personal (incluidas las tres opciones de prestación de servicios: autodirigido; modelo de agencia, autodirigido; y modelo de agencia)
- Servicios de relevo dentro o fuera del hogar
- Servicios de enfermería (en el hogar)
- Servicios de respuesta ante emergencias (botón de llamada de emergencia)
- Comidas de entrega a domicilio
- Ayudas y equipo médico de adaptación
- Suministros médicos no disponibles en virtud de la Exención 1115 del Plan Estatal de Medicaid de Texas/Programa de Transformación y Mejora de la Calidad de la Atención de la Salud de Texas (Texas Healthcare Transformation and Quality Improvement Program, THTQIP)
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- Actividades Diarias y Servicios de Salud (Day Activity and Health Services, DAHS)
- Hogares sustitutos para adultos
- Residencia asistida
- Servicios de asistencia de transición
- Servicios odontológicos

- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Servicios de administración financiera
- Consulta de apoyo
- Asistencia laboral
- Respaldo laboral

¿Cuáles son mis beneficios de la atención aguda?

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

- Servicios de ambulancia
- Servicios de audiología, incluidos los audífonos
- Servicios de salud conductual, que incluyen:
  - Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados adultos y niños. La Organización de Atención Administrada puede proporcionar estos servicios en un hospital psiquiátrico independiente en lugar de un entorno hospitalario de atención aguda para pacientes hospitalizados.
  - Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios adultos y niños
  - Servicios de psiquiatría
  - Servicios de asesoramiento para adultos (que tengan 21 años o más)
  - Servicios de tratamiento para el Trastorno por Consumo de Sustancias
- Servicios para pacientes ambulatorios, que incluyen lo siguiente:
  - Evaluación
  - Servicios de desintoxicación
  - Tratamiento de asesoramiento
  - Terapia asistida con medicamentos
  - Servicios residenciales, que pueden proporcionarse en un centro de tratamiento de dependencia de sustancias químicas en lugar de un entorno hospitalario de atención aguda para pacientes internados, incluidos los servicios de desintoxicación
  - Tratamiento del Trastorno por Consumo de Sustancias (incluidos alojamiento y comida)

- Atención prenatal proporcionada por un médico, enfermera partera certificada (certified nurse midwife, CNM), personal de enfermería practicante (nurse practitioner, NP), Especialista en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS) y asistente médico (physician assistant, PA) en un centro de maternidad autorizado
- Servicios de maternidad proporcionados por un médico y una enfermera partera certificada en un centro de maternidad autorizado
- Servicios de maternidad proporcionados por un centro de maternidad autorizado
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer
- Servicios quiroprácticos
- Diálisis
- Suministros y Equipo Médico Duradero
- Servicios de Intervención en la Primera Infancia (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, incluidos los siguientes:
  - Servicios para pacientes ambulatorios prestados en un hospital para pacientes ambulatorios y centro de atención de la salud ambulatoria según sea clínicamente apropiado; y servicios médicos y profesionales prestados en un consultorio o un entorno para pacientes hospitalizados o ambulatorios para los siguientes casos:
    - Todas las etapas de reconstrucción mamaria en las que se hayan realizado procedimientos de mastectomía Médicamente Necesarios;
    - Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico;
    - Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas; y
    - Mastectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer de mama.
  - Prótesis mamaria externa para las mamas en las que se han realizado procedimientos de mastectomía Médicamente Necesarios
- Controles médicos y servicios del Programa de Atención Integral (CCP) para niños (desde su nacimiento hasta los 20 años de edad) a través del Programa Texas Health Steps
- Evaluación bucal y barniz de flúor en el hogar médico junto con el control médico de Texas Health Steps para niños de 6 meses a 35 meses de edad

- Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios; incluidos los medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios entregados por la farmacia y administrados por un Proveedor
- Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno de hospitalización
- Podiatría
- Atención prenatal
- Servicios de atención primaria
- Servicios preventivos que incluyen un control de bienestar anual para adultos para pacientes de 21 años o más
- Radiología, diagnóstico por imágenes y radiografías
- Servicios de médicos Especialistas
- Terapia: física, ocupacional y del habla
- Trasplante de órganos y tejidos
- Servicios oftalmológicos. (Incluye optometría y anteojos. Los lentes de contacto solo están cubiertos si son Médicamente Necesarios para la corrección de la vista que no se puede lograr con anteojos.)
- Telemedicina
- Telemonitoreo
- Telesalud

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

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

Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-887-9003** para obtener más información sobre cómo obtener estos servicios.

¿Qué servicios no están cubiertos?

Si desea saber si un procedimiento o medicamento está cubierto por STAR+PLUS, consulte a su Médico de Cabecera o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003.** Llame a TDD/TTY: **7-1-1,** para recibir atención para personas sordas y con dificultades auditivas, o visite **myuhc.com** para conocer las ofertas de beneficios más completas y actualizadas.

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

¿Qué servicios puedo seguir recibiendo a través de Medicaid regular, pero no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan?

- Evaluación Previa a la Admisión y Revisión para Residentes (Preadmission Screening and Resident Review, PASRR). Se trata de un requisito federal para ayudar a determinar si una persona no es ubicada de manera inapropiada en un hogar para ancianos para recibir atención a largo plazo.
- Centro para pacientes terminales

¿Cuáles son mis beneficios de Medicamentos Recetados?

Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre sus beneficios de Medicamentos Recetados. Para obtener más información, consulte la página 27 de este Manual para Miembros.

Nota: Solo para miembros que no tengan doble elegibilidad.

Planificación familiar

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar? ¿Necesito un referido para esto?

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

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

¿Dónde encuentro 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/healthcare-programs/family-planning-program**, o puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para obtener ayuda para encontrar un Proveedor de planificación familiar.

Otros detalles del Plan

¿Qué beneficios adicionales obtengo como miembro de UnitedHealthcare Community Plan? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Servicios de valor agregado

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, también puede recibir servicios de valor agregado además de los servicios de Medicaid requeridos disponibles desde el 1 de septiembre hasta el 30 de agosto. Para obtener una oferta de servicios de valor agregado integral y más actualizada, visite **myuhc.com**. Algunos de los servicios de valor agregado que ofrece UnitedHealthcare Community Plan son los siguientes:

Servicios dentales para adultos

Hasta $500 al año para miembros de 21 a 120 años.

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

Condiciones: Debe acudir a un Proveedor dentro de la Red. Miembros entre 21 a 120 años de edad y mayores. No está disponible para miembros con doble elegibilidad.

Servicios adicionale de la vista

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

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

Programas de regalos

Kit Creativo

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

Condiciones: Incluye 1 kit por año.*

Manta

Una manta de cama/personal.

Condiciones: Incluye 1 manta por año.*

Kit de bienvenida a centros de enfermería

1 kit de Bienvenida al ingresar a un Centro de Enfermería de la red.

Condiciones: Incluye 1 kit de bienvenida por año.* Las admisiones en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) no son elegibles. El centro de enfermería debe ser un Proveedor dentro de la Red.

Un Kit de Comodidad y Bienestar

Con un rascador de espalda, un gorro tejido suave y un par de calentadores para las piernas que te ayudan a mantenerte cómodo y abrigado.

Condiciones: Para miembros que tienen dificultad para moverse, caminar o agacharse durante sus actividades diarias. Uno por año.*

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Recursos en línea

Recursos de salud mental en línea

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

Condiciones: Se necesita una computadora, tableta o teléfono inteligente para acceder. Disponible en inglés y español.

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.

Programa de bienestar en línea

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

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

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.

Servicios de bienestar y salud
Productos sensoriales

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

Condiciones: El coordinador de servicios verifica la necesidad. Uno al año.* No está disponible para miembros con doble elegibilidad.

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

Segundo aparato auditivo

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

Condiciones: Disponible para miembros de 21 a 120 años. Se necesita una receta médica. Disponible una vez cada 5 años. Excluye los miembros con doble elegibilidad.

Asistencia para ubicación

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

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

Atención para la enfermedad de Alzheimer
Mascota robot o muñeca

Un robomascota o muñeca para dar apoyo y compañía. Ayuda a relajarse y a bajar el estrés.

Condiciones: Para miembros con demencia o Alzheimer. Uno por miembro de por vida.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

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

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

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

*Cada año fiscal estatal, 9/1–8/31.

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

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

- Medicamentos Recetados
- Servicios odontológicos de Texas Health Steps
- Clínicas contra la tuberculosis (TB)
- Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC)
- Intervención en la Primera Infancia (ECI)
- Servicios brindados por médicos de hospitales federales o estatales
- Administración de Casos de Salud Mental y Retraso Mental (Mental Health and Mental Retardation, MHMR)
- Evaluación de Diagnóstico de Retraso Mental (Mental Retardation Diagnostic Assessment, MRDA)
- Rehabilitación en salud mental
- Servicios de Salud Escolar y Relacionados (School Health and Related Services, SHARS) de Texas
- Comisión de Texas para Personas Ciegas (Texas Commission for the Blind, TCB)

Servicios de transporte de UnitedHealthcare Community Plan para residentes de centros de enfermería

¿Qué servicios de transporte se ofrecen?

El centro de enfermería es responsable de proporcionar servicios de transporte de rutina que no sean de emergencia. Si es Médicamente Necesario, UnitedHealthcare Community Plan proporciona transporte en ambulancia que no sea de emergencia. El transporte que no sea de emergencia también está cubierto para viajes al tratamiento de diálisis y viajes al hogar para los miembros después de recibir el alta hospitalaria de un centro de enfermería.

¿Cómo obtengo este servicio?

Para obtener transporte en ambulancia que no sea de emergencia, su Proveedor debe comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan para solicitar autorización para estos servicios al **1-888-887-9003.**

¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid?

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

¿Qué sucede si recibo una factura del centro de enfermería? ¿A quién llamo? ¿Qué información necesitarán?

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

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

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

¿Qué es el ingreso correspondiente?

Es el ingreso personal del miembro que debe proporcionar al centro de enfermería como parte de su obligación de costo compartido como beneficiario de Medicaid.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Cada vez que el centro de enfermería factura a Medicaid, el miembro debe proporcionar su ingreso correspondiente al centro. El monto se determina por el monto total de ingresos mensuales dividido por la cantidad de días que el miembro resida en el centro cada mes. El miembro puede conservar $60 para sí mismo para sus necesidades personales.

¿Qué debo hacer si me mudo?

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

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

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

Medicaid y seguros privados

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

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

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

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

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

¿Puede mi Proveedor de Medicare facturarme por servicios o suministros si estoy en Medicare y Medicaid?

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

Quejas y Apelaciones

¿Qué debo hacer si tengo una Queja sobre mi atención de la salud, Proveedor, Coordinador de Servicios o Plan de salud?

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

Una vez que haya pasado por el proceso de Quejas de UnitedHealthcare Community Plan, puede presentar una Queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) si llama 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 puede acceder a Internet, puede presentar su Queja en **hhs.texas.gov/managed-care-help**.

¿A quién llamo?

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

¿Dónde puedo enviar una Queja por correo postal?

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

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

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

No hay un límite de tiempo para presentar una Queja ante UnitedHealthcare Community Plan.

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta en la que se informará qué hicimos con respecto a su Queja.

¿Cuánto tiempo tardará el procesamiento de mi Queja?

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

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

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

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

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

Debe apelar en un plazo de 10 días hábiles desde la fecha de la carta, o antes de la fecha de entrada en vigencia de la acción en la carta, para asegurarse de que sus servicios no se interrumpan. Puede apelar enviando una carta a UnitedHealthcare Community Plan, enviando por correo postal el Formulario de Apelación incluido en la carta que recibió o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Puede solicitar una extensión de hasta 14 días de tiempo adicional para la Apelación. UnitedHealthcare Community Plan puede tomar tiempo adicional en la Apelación si es mejor para usted. Si esto sucede, UnitedHealthcare Community Plan le informará por escrito el motivo de la demora.

Puede comunicarse con Servicio al Cliente y solicitar ayuda la Apelación. Cuando llame, 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 sabré si se deniegan los servicios?

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

¿Cuáles son los plazos para el proceso de Apelación?

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

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una Apelación?

Puede solicitar una Apelación por la denegación del pago de los servicios en su totalidad o en parte. Si solicita una Apelación en un plazo de 10 días desde el momento en que recibe el aviso de denegación del Plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el Plan de salud haya denegado o reducido al menos hasta que se tome la decisión final de la Apelación. Si no solicita una Apelación en un plazo de 10 días hábiles desde el momento en que recibe 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 Apelación por escrito, puede enviar por correo postal las solicitudes por escrito a la siguiente dirección:

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

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

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

¿Qué sucede después de mi Apelación?

Recibirá una carta que le informará lo que decidió la Apelación, si sus servicios cambiarán y cuándo, y cualquier otra opción que pueda tener. La opción del miembro de solicitar una revisión médica externa y una audiencia estatal imparcial a más tardar 120 días después de la fecha en que la Organización de Atención Administrada envía por correo postal el aviso de decisión de Apelación.

¿Qué es una Apelación de emergencia?

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

¿Cómo solicito una Apelación de emergencia?

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

¿Tengo que presentar la solicitud por escrito?

Puede solicitar una Apelación de emergencia verbalmente o por escrito. Podemos grabar la solicitud verbal. Se transcribirá la grabación y se la convertirá en una solicitud por escrito. Si desea enviar por correo postal su solicitud de Apelación, puede enviar las solicitudes por escrito a la siguiente dirección:

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

¿Cuáles son los plazos para una Apelación de emergencia?

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

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

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

¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación de emergencia?

Si está hospitalizado, pídale a una persona que le ayude a enviarla por correo postal, fax o que llame en su nombre para solicitar este tipo de Apelación. También puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan al 1-888-887-9003 y pedirle a alguien que le ayude a iniciar una Apelación o pedirle a su médico que lo haga por usted.

Audiencia Estatal Imparcial

¿Puedo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial?

Si usted, como miembro del Plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de Apelación interna del Plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial. Puede nombrar a alguien que le represente poniéndose en contacto para designar a esa persona. 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 estatal imparcial en un plazo de 120 días posteriores a la fecha en que se impugnó la carta de decisión de Apelación interna del Plan de salud.

Si no solicita la audiencia estatal imparcial dentro de los 120 días, puede perder su derecho a solicitarla. Para solicitar una audiencia estatal imparcial, usted o su representante deben 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

o llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-288-2160**

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio 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 estatal imparcial 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 notificación de la acción, o (2) el día en que la carta del Plan de salud indica que el servicio se reducirá o terminará.

Si no solicita una audiencia estatal imparcial antes de esta fecha, se interrumpirá el servicio que el Plan de salud denegó.

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

La Comisión de Salud y Servicios Humanos tomará una decisión final en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que usted solicitó la audiencia. Si atraviesa este proceso y se rechazan los servicios que solicitó después de la Apelación y la audiencia imparcial, es posible que deba pagar esos servicios.

¿Puedo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial de emergencia?

Si considera que esperar una audiencia estatal imparcial 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 estatal imparcial de emergencia escribiendo o llamando a UnitedHealthcare Community Plan. Para reunir los requisitos para una audiencia estatal imparcial de emergencia a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, primero debe completar el proceso de Apelaciones internas de UnitedHealthcare.

Información sobre la Revisión Médica Externa

¿Puedo solicitar una Revisión Médica Externa?

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 revisión médica externa con una audiencia estatal imparcial. Una revisión médica externa es un paso adicional optativo que puede tomar para que el caso se revise de forma gratuita antes de la audiencia estatal imparcial. Usted, su padre o madre, su representante autorizado o su representante legalmente autorizado (legally authorized representative, LAR) deben solicitar la revisión médica externa en un plazo de 120 días desde la fecha en que el Plan de salud envía la carta con la decisión. Si no solicita la revisión médica externa en ese plazo, puede perder su derecho a solicitarla. Para solicitar una revisión médica externa, usted, su padre o madre, su representante o su representante legalmente autorizado pueden realizar lo siguiente:

- Completar el "Formulario de Solicitud de Revisión Médica Externa y Audiencia Estatal Imparcial" que se incluye con la carta de Aviso para Miembros sobre la Decisión de Apelación Interna 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

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

Tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el Plan de salud haya denegado o reducido, al menos hasta que se realice la revisión médica externa y se tome la decisión final de la audiencia estatal imparcial si solicita una revisión médica externa con audiencia estatal imparcial antes de la última de las siguientes fechas: (1) 10 días calendario después del envío por correo postal del aviso de la acción por parte de la Organización de Atención Administrada, o bien, (2) el día en que la carta del Plan de salud indique que su servicio se reducirá o finalizará. Si no solicita una revisión médica externa en un plazo de 10 días a partir del momento en que el miembro recibe la decisión de Apelación del Plan de salud, se interrumpirá el servicio que el Plan de salud denegó.

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, usted tiene derecho a retirar la solicitud de audiencia estatal imparcial. Puede retirar la solicitud de audiencia estatal imparcial de forma oral o escrita al comunicarse con el funcionario de audiencias mencionado en el Formulario 4803, Aviso de Audiencia.

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

¿Puedo solicitar una Revisión Médica Externa de emergencia?

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

Directrices Anticipadas

¿Qué son las Directrices Anticipadas?

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

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

¿Cómo obtengo una Directriz Anticipada?

Comuníquese con su Médico de Cabecera o llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003.** Llame a TDD/TTY **7-1-1** para recibir atención para personas sordas y con dificultades auditivas.

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

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

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

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

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

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

¿Cuáles son mis opciones para redactar una Directriz Anticipada?

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

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

¿Se debe respetar mi Directriz Anticipada?

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

¿Debe ser un abogado quien prepare mi Directriz Anticipada?

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

¿Quién debe tener una copia de mi Directriz Anticipada?

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

¿Debo redactar una Directriz Anticipada?

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

¿Puedo cambiar o cancelar mi Directriz Anticipada?

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

¿Qué sucede si ya tengo una Directriz Anticipada?

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

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

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

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

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

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

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

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

Derechos y responsabilidades de los miembros

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

Derechos de los miembros:

1. Tiene derecho al respeto, la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
   a. Ser tratado con imparcialidad y respeto.
   b. Saber que 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 Médico de Cabecera. Este es el médico o Proveedor de atención médica que consultará la mayor parte del tiempo y que coordinará su atención. Tiene derecho a cambiarse a otro Plan o Proveedor de manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
   a. Recibir información sobre cómo elegir y cambiar su Plan de salud y Médico de Cabecera.
   b. Elegir cualquier Plan de salud que desee que esté disponible en su área y a su Médico de Cabecera de ese Plan.
   c. Cambiar de Médico de Cabecera.
   d. Cambiar de Plan de salud sin penalización.
   e. Recibir información sobre cómo cambiar su Plan de salud o Médico de Cabecera.

3. Tiene derecho a realizar preguntas y recibir respuestas sobre todo lo que no comprenda. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
   a. Recibir explicaciones de su Proveedor sobre sus necesidades de atención de la salud y sobre las distintas formas en que se pueden tratar sus problemas de atención de la salud.
   b. Recibir explicaciones sobre las razones por las que su atención o servicios fueron negados y no fueron proporcionados.
   c. Recibir información sobre su Plan de salud, servicios y Proveedores.
   d. Conocer acerca de sus derechos y responsabilidades.
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. Tiene derecho a usar cada proceso de Queja y Apelación disponible a través de la Organización de Atención Administrada y a través de Medicaid, y a obtener una respuesta oportuna a las Quejas, Apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias estatales imparciales. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
   a. Presentar una Queja ante su Plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre su atención de la salud, Proveedor o Plan de salud.
   b. Recibir una respuesta a su Queja en forma oportuna.
   c. Utilizar el proceso de Apelación del Plan y que le informen cómo usarlo.
   d. Solicitar una revisión médica externa y una audiencia estatal imparcial del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre el funcionamiento de dicho proceso.
   e. Solicitar una audiencia estatal imparcial sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre el funcionamiento de dicho proceso.
6. Tiene derecho a recibir acceso en forma oportuna a la atención que no presente ningún obstáculo físico o de comunicación para su acceso. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
   a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana a fin de obtener cualquier Atención de Urgencia o de emergencia que necesite.
   b. Recibir atención médica en forma oportuna.

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

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

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

7. 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.
8. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otros Proveedores de atención que le atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, la atención médica y el tratamiento. El Plan de salud no puede impedir que le brinden esta información, aun si la atención o el tratamiento no es un servicio cubierto.
9. Tiene derecho a saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los médicos, los hospitales y las demás personas no pueden exigirle que pague copagos ni ningún otro monto por los servicios cubiertos.
10. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de su Plan de salud.

Responsabilidades de los miembros:

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

d. Cumplir con sus citas programadas.

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

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

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

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

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

   a. Informar a su Médico de Cabecera sobre su salud.

   b. Hablar con sus Proveedores sobre sus necesidades de atención de la salud y formular preguntas sobre las distintas formas en que se pueden tratar sus problemas de atención de la salud.

   c. Ayudar a sus Proveedores a obtener sus registros médicos.

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

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

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

   c. Hacer el mejor esfuerzo para permanecer sano.

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

   e. Hablar con su Proveedor sobre todos sus medicamentos.

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

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

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

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

- Información sobre Proveedores de la Red: como mínimo médicos de atención primaria, Especialistas y hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas hablados (que no sean inglés) para cada Proveedor de la Red, además de la identificación de Proveedores que no acepten nuevos pacientes y, cuando corresponda, calificaciones profesionales, especialidad, facultad de medicina a la que asistió, finalización de la residencia y estado de certificación de la junta médica.
- El miembro tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y Proveedores, y sus derechos como miembro
- Cualquier límite de su libertad de elección entre los Proveedores de la Red
- Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre Quejas, Apelaciones, revisión médica externa y procedimientos de audiencia estatal imparcial
- Información sobre los beneficios disponibles en virtud del programa de Medicaid, incluidos el monto, la duración y el alcance de los beneficios. Esto está diseñado para asegurarse de que comprende los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, incluidos los requisitos de autorización
- Cómo puede obtener beneficios, incluidos los servicios de planificación familiar, de Proveedores fuera de la Red y límites a esos beneficios
- Cómo obtiene cobertura de emergencia y límites a ese tipo de beneficios, incluidos:
  - Qué constituye una afección médica de emergencia, Servicios de Emergencia y servicios posteriores a la estabilización
  - El hecho de que no necesite Autorización Previa del Médico de Cabecera para los servicios de atención de emergencia
  - En caso de una emergencia, siga las instrucciones proporcionadas por su centro de enfermería. El personal del centro se comunicará con las autoridades correspondientes para coordinar el transporte o los Servicios de Emergencia.
  - Las direcciones de cualquier lugar donde los Proveedores y hospitales presten Servicios de Emergencia cubiertos por Medicaid
  - Una declaración que exprese que tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otra instalación para atención de emergencia
  - Reglas de los servicios posteriores a la estabilización

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

UnitedHealthcare Community Plan debe proporcionar información a los miembros sobre cómo evalúa la nueva tecnología para su inclusión como un beneficio cubierto. UnitedHealthcare revisa los nuevos procedimientos y dispositivos para determinar si son seguros y eficaces para los miembros. Si se determina que son seguros y eficaces, pueden estar cubiertos. Si la nueva tecnología se convierte en un servicio cubierto, seguirá las normas del Plan, incluida la norma de necesidad médica. Puede publicar esta información en boletines informativos, folletos para miembros u otros materiales para miembros. Si un boletín informativo es el método elegido, UnitedHealthcare Community Plan debe publicar esta información anualmente.

Abuso, abandono y explotación

Tiene derecho a que le traten con respeto y dignidad, incluido no sufrir abuso, abandono y explotación.

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

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

El **abandono** provoca inanición, deshidratación, exceso de medicación o medicación insuficiente, condiciones de vida insalubres, etc. El abandono también incluye falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

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

Cómo denunciar el abuso, el abandono y la explotación

La ley exige que usted denuncie sospechas de abuso, abandono o explotación, incluido el uso no aprobado de restricciones o aislamiento cometido por un Proveedor.

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

Denuncie por teléfono (cuando no sean casos de emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin cargo

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

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

El presunto abuso, abandono o explotación por parte de una Agencia de Servicios de Apoyo en el Hogar y la Comunidad también debe informarse al Departamento de Servicios Familiares y de Protección (Department of Family and Protective Services, DFPS).

Denuncie todos los demás casos de sospecha de abuso, abandono o explotación al Departamento de Servicios Familiares y de Protección llamando al 1-800-252-5400.

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

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

Información útil para presentar una denuncia

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

Fraude y abuso

¿Desea denunciar malgasto, abuso o fraude?

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

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

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

- Llame a la línea de la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite **https://oig.hhs.texas.gov/** y haga clic en "Report Fraud" (Denunciar fraude) para completar un formulario en línea; o,
- Puede presentar la denuncia directamente a su Plan de salud en la siguiente dirección:

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

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

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

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

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

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

Tiene derecho a que le traten con respeto y dignidad, incluido no sufrir abuso, abandono y explotación

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

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

El **abandono** provoca inanición, deshidratación, exceso de medicación o medicación insuficiente, condiciones de vida insalubres, etc. El abandono también incluye falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

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

Cómo denunciar el abuso, el abandono y la explotación

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

Denuncie por teléfono (cuando no sean casos de emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin cargo

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

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

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

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

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

Información útil para presentar una denuncia

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

Glosario de terminología de atención administrada

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

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

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

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

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

Atención en la Sala de Emergencias: Servicios de Emergencia que recibe en una sala de emergencias.

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

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

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

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

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

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

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

Atención Ambulatoria en el Hospital: atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna en él.

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

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

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

Proveedor Participante: un Proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o Plan de salud 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]) proporcione o coordine.

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

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

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

Medicamentos Recetados: fármacos y medicamentos que, por ley, requieren una receta.

Médico General: 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.

Otros detalles del Plan

Médico de Cabecera: un médico (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]), personal de enfermería practicante, Especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder 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 autorizado, certificado o acreditado según lo exija la ley estatal.

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

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

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

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

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

Vigente a partir del 1.° de enero de 2025

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

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

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

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

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sus derechos

Tiene los siguientes derechos sobre su información médica.

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

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

Cómo usar sus derechos

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

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

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

Aviso de Privacidad de Información Financiera

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

Vigente a partir del 1.° de enero de 2025

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

Información que recopilamos

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

Divulgación de FI

Solo compartiremos FI según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Preguntas sobre este aviso

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

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

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

Política antidiscriminación

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

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

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

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

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

Optum_Civil_Rights@Optum.com

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

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

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

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

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

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

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

CSTX27MD0397388_000

Notice of availability of language assistance services and alternate formats

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicio al Cliente al **1-888-887-9003,** 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
Oficina Principal
2950 North Loop W., Suite 200
Houston, TX 77092-8843

UHCCommunityPlan.com

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

United Healthcare®
Community Plan

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.


United
Healthcare
Community Plan