



Bienvenido a la
comunidad.

Combinación de Evidencia de cobertura y Forma de divulgación

California

Medi-Cal



UnitedHealthcare Community Plan cumple con los requisitos fijados por las leyes Federales de los derechos civiles. UnitedHealthcare Community Plan no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

UnitedHealthcare Community Plan provee lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos de ayuda para las personas con discapacidades en su comunicación con nosotros, con:
 - Interpretes calificados en el lenguaje de señas
 - Información por escrito en diferentes formatos (letras de mayor tamaño, audición, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos con diversos idiomas para personas para quienes el inglés no es su lengua materna, como:
 - Interpretes calificados
 - Información impresa en diversos idiomas

Si usted necesita estos servicios, por favor llame gratuitamente al número anotado en su tarjeta de identificación como miembro.

Si usted piensa que UnitedHealthcare Community Plan no le ha brindado estos servicios o le han tratado a usted de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Coordinador de los Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator) haciéndolo por:

- Correo: Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130
- Correo electrónico: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

Usted también puede presentar una queja acerca de sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, haciendo por:

- Internet: Sitio en Internet para la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Correo: U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- Teléfono: Gratuitamente al 1-800-868-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Tales como, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros que aparece en su tarjeta de identificación del plan de salud, TTY 711, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-270-5785, TTY: 711**.

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số **1-866-270-5785, TTY 711**.

Tagalog

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyo ng pantulong sa wika, nang walang bayad. Tumawag sa **1-866-270-5785, TTY 711**.

Korean

참고: 한국어를 하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-866-270-5785, TTY 711** 로 전화하십시오.

Traditional Chinese

注意：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-866-270-5785**，或聽障專線 **TTY 711**。

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե հայերեն էք խոսում, Ձեզ տրամադրվում են անվճար թարգմանչական ծառայություններ: Զանգահարեք **1-866-270-5785** հեռախոսահամարով, **TTY. 711**.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по тел. **1-866-270-5785, TTY 711**.

Farsi

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان در اختیارتان قرار می گیرد. با **1-866-270-5785 (TTY 711)** تماس بگیرید.

Japanese

ご注意：日本語をお話しになる場合は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。電話番号 **1-866-270-5785**、または **TTY 711** (聴覚障害者・難聴者の方用) までご連絡ください。

Mon-Khmer

បំរុងប្រយ័ត្ន៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ លោកអ្នកអាចរកបានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃបាន។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ **1-866-270-5785, TTY៖ 711**។

Hmong

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau **1-866-270-5785, TTY 711**.

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-866-270-5785, TTY: 711** ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على الرقم **1-866-270-5785**، الهاتف النصي **711**.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी भाषा बोलते हैं तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं।
कॉल करें **1-866-270-5785, TTY 711.**

Thai

โปรดทราบ : หากท่านพูดภาษาไทย จะมีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษาแก่ท่านฟรีโดยไม่มีค่าใช้จ่าย
โทร **1-866-270-5785, TTY: 711**

Bienvenido.

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan.

Por favor tome unos minutos para revisar este Manual para Miembros.

Estamos listos para contestar a cualquier pregunta que usted tenga. Usted puede encontrar respuesta a muchas de sus preguntas en **myuhc.com/**

CommunityPlan, o llamando a Servicios para Miembros al

1-866-270-5785, TTY 711, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes.

Resumen del Plan.

Esta combinación de evidencia de cobertura y forma de divulgación constituye solamente un resumen de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. Usted debe revisar el contrato que UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., tiene con el Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud de California (California Department of Health Care Services) para determinar los términos y condiciones exactos de cobertura.

Si usted desea una copia del contrato de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., por favor llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.



Internet myuhc.com/CommunityPlan



Dirección UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.
4365 Executive Drive, Suite 500, San Diego, CA 92121
8880 Call Center Drive, Suite, 300, Sacramento, CA 95826

Important Telephone Numbers

24/7 NurseLineSM (Línea directa de EnfermerasSM 24/7) 1-866-270-5785

(Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

TTY 711

Información del Acta de Americanos con Discapacidades

(Americans Disabilities Act Information - ADA) 1-800-514-0301

TDD. 1-800-514-0383

Servicios para Niños en California (California Children’s Services (CCS) 1-800-288-4584

Prevención para la Salud y Discapacidad en Niños

(Child Health and Disability Prevention - CHD). 1-800-993-2437

Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud

(Department of Health Care Services - DHCS) 1-916-445-4171

Oficina de Defensores (DHCS Ombudsman Office). 1-888-452-8609

Departamento de Administración para los Cuidados de Salud

(Department of Managed Health Care - DMHC) 1-888-466-2219

TDD. 1-877-688-9891

Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services) 1-800-952-5253

TTY. 1-800-952-8349

Opciones de Cuidados de Salud (Health Care Options):

Inglés 1-800-430-4263

Español 1-800-430-3003

Servicios para Miembros (Member Services)

De 7:00 a.m. a 7:00 p.m. (Hora del Pacifico) de lunes a viernes. 1-866-270-5785

TTY (para personas con discapacidades auditivas)

Departamento de Recursos Humanos Condado de Sacramento 1-888-747-1222

Línea de Crisis para la Salud Mental Condado de Sacramento: 1-916-732-3637

Acceso para Adultos en el Condado de Sacramento

(Recursos para la Salud Mental) 1-916-875-1055

Departamento de Salud y Recursos Humanos, Condado de San Diego

(Department of Health and Human Services San Diego County) 1-866-262-9881

Línea de Acceso y de Crisis Plan de Salud del Comportamiento, Condado de San Diego 24 horas al día (San Diego County Mental Health Plan

24 hour Access and Crisis Line) 1-888-724-7240

U.S. Servicios para Cuidados de Salud del Comportamiento, California

(Behavioral Health Care Services, California). 1-866-270-5785

Sus proveedores de salud

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Sala de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Si usted tiene preguntas acerca de su plan de salud, por favor llámenos.

Nuestro número de llamadas gratuitas para Servicios para Miembros es **1-866-270-5785** (TTY 711, para personas con discapacidad de audición).

Para iniciar.

Bienvenido a la Comunidad.

Tenemos mucho agrado en tenerle como un nuevo miembro de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. Su salud es nuestra prioridad principal. Este manual le explica cómo puede usted obtener lo mejor de su nuevo plan de salud. Para ayudarse, haga una lista de revisión para Nuevo Miembro. Esto le pondrá a usted en el camino para obtener una buena salud.

1

Revise su tarjeta de identificación como miembro.

Hace pocos días usted recibió de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., una tarjeta de identificación (Plan ID card). Si usted no tiene su tarjeta de identificación, puede imprimir una en myuhc.com/CommunityPlan. Esta tarjeta tiene impreso el logotipo de UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc. Esta es su tarjeta de identificación como miembro del Plan. Usted debe haber recibido por separado una tarjeta de identificación del Plan para cada miembro de su familia inscrito en nuestro plan.

Lleve consigo su tarjeta de identificación del Plan cuando consulte con su doctor o cuando obtenga medicamentos de receta. Esta tarjeta es única para la persona cuyo nombre aparece en ella. Nunca preste esta tarjeta a nadie más, incluyendo a los miembros de su familia. Para obtener más información, vea la sección **Tarjetas de Identificación para Miembros** en este manual.

2

Confirme o escoja a un proveedor de atención primaria (PCP).

Su tarjeta de Identificación del Plan puede tener anotado el nombre de un doctor. Si usted ha consultado antes con este doctor y quiere continuar haciéndolo, no necesita hacer nada más. Este doctor será su doctor principal para todas sus necesidades de salud. Use esta tarjeta para todos sus beneficios de Medi-Cal. Si usted también tiene Medicare, usted necesitará usar su tarjeta de identificación para Medicare para obtener los beneficios cubiertos por Medicare.

Si el nombre del doctor que aparece en su tarjeta no es con el que usted ha consultado, llame a Servicios para Miembros. Si su tarjeta tiene anotado “Por favor llame para escoger a un PCP” (“**Please call to select a PCP**”), llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Nosotros le ayudaremos a escoger a un doctor en su área. Si usted ya tiene a un doctor, infórmenos de su nombre. Si el doctor se encuentra dentro de nuestra red, usted podrá continuar consultando con ellos.

3

Complete la Evaluación de Riesgos de Salud.

Usted recibirá pronto una llamada de bienvenida de nosotros. Platicaremos acerca de todos sus beneficios. Aseguraremos que usted tenga un PCP. Le ayudaremos a que tome esta encuesta acerca de su salud. Esto nos ayudará a entender cuáles son sus necesidades de salud para que nosotros podamos servirle mejor. Si lo prefiere, usted puede llamar gratuitamente a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, cuando le sea más conveniente.

4

Haga su primera cita con su doctor.

Es bueno tener visitas de manera regular para el bienestar con su doctor. Haga ahora mismo una cita con su doctor. Haga la cita para un examen con su proveedor. Es importante obtener un examen dentro de los primeros 120 días después de inscribirse como miembro. Durante su primera visita, su proveedor de atención primaria (PCP) completará una Evaluación Inicial de Salud. Esta evaluación le ayudará al doctor a identificar cuáles son sus cuidados actuales de salud y las necesidades preventivas para su salud.

5

Lea el Manual para Miembros.

Después de escoger a su doctor y hacer una cita para su primera visita, lea este manual. Le informa acerca de su plan de salud y de los programas que le mantendrán saludable. También le dice cuáles son sus derechos y responsabilidades.

Contents

Números de Teléfono Importantes	vi
Sus proveedores de salud	vii
Para iniciar	viii
Bienvenido a la Comunidad	viii
Revise su tarjeta de identificación como miembro	viii
Confirme o escoja a un proveedor de atención primaria (PCP)	viii
Complete la Evaluación de Riesgos de Salud	ix
Haga su primera cita con su doctor	ix
Lea el Manual para Miembros	ix
Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.	1
Bienvenido	1
Llamada de bienvenida	1
Para inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.	1
Tarjetas de identificación del miembro	2
Su tarjeta de identificación de Beneficios Medi-Cal (BIC card)	2
Ayudándolo a medida que avanza	3
Ayuda con el idioma	3
Otros cargos	4
Gane acceso a su información por internet	4
Administre la información de sus cuidados de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana en myuhc.com	4
Excelentes razones para usar a myuhc.com:	4
Obteniendo los cuidados (opciones de doctores y proveedores; instituciones)	5
Proveedores dentro-de-la-red y fuera-de-la-red	5
Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)	6
Para escoger una Enfermera Practicante Certificada o a una Enfermera Partera Certificada como su PCP	6
Para escoger a un Centro de Salud Federal Calificado (Federally Qualified Health Center - FQHC) como su PCP	7
Para cambiar de PCP	7
Acceso a los cuidados a tiempo	8
Nuestra Área de Servicio	9
Línea Directa de Enfermeras (NurseLine SM) —	
Su fuente de información de salud las 24 horas del día	10
¿No está seguro de la clase de cuidados que necesita?	10

¿Cuáles son los servicios de la Línea de Enfermeras (NurseLine)?	10
¿Cómo trabaja?	10
¿Cuándo puedo llamar?	10
¿Cómo puede la Línea de Enfermeras ayudarme?	10
¿Qué clase de problemas pueden ser abordados por la Línea de Enfermeras?	10
Para ver a un especialista.	11
Referencias continuas a un especialista.	11
Especialistas en enfermedades de la mujer.	12
Segundas opiniones	12
Acceso a cuidados de emergencia y servicios de cuidados urgentes.	13
Servicios para los cuidados de emergencia	13
Cuidados de emergencia cuando esté fuera de su Área de Servicio.	14
Emergencias cuando se encuentra fuera de los Estados Unidos	14
Servicios para los cuidados de urgencia.	14
Cuidados del embarazo	15
Programas para la Administración de los Cuidados	15
Continuidad de cuidados	16
Si su doctor abandona nuestra red.	16
Si usted es un nuevo miembro en nuestro plan de salud.	16
Condiciones:	16
¿Qué está cubierto? ¿Cuáles cuidados de salud puedo yo obtener de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.?	17
Medical Necessity/Medically Necessary.	17
Previa autorización	17
Servicios de acupuntura	19
Alcohol/abuso de drogas.	19
Servicios para el asma.	19
Tratamiento de salud para el comportamiento (BHT) para el desorden del espectro autista.	19
Salud del comportamiento	20
Ensayos clínicos del cáncer.	20
Pruebas para el cáncer.	20
Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS).	21
Servicios de quiropráctica.	21
Servicios para diabéticos.	21
Visitas a la oficina del doctor.	22
Drogas y medicamentos.	22
Equipo Médico Durable (DME).	22

Servicios para la Detección, Diagnóstico y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT)	23
Servicios para los cuidados de emergencia..	23
Productos para la nutrición enteral.	23
Servicios para el planificación familiar..	24
Pruebas y asesoramiento para VIH.	25
Servicios de salud en el hogar.	26
Cuidados de hospicio.	26
Cuidados en hospital..	27
Inmunizaciones.	27
Servicios de laboratorio (lab).	27
Mastectomía.	27
Cuidados de maternidad.	28
Servicios de Consentimiento para Menores	28
Cuidados para el recién nacido.	29
Cuidados de obstetricia/ginecología (OB/GYN)..	29
Terapia ocupacional.	29
Terapia física.	30
Servicios de cuidados de podiatría.	30
Cuidados prenatales.	30
Cuidados preventivos.	30
Servicios de cirugía reconstructiva.	31
Servicios para las Enfermedades Sexualmente Transmitidas (STD)..	31
Centro con Servicios de Enfermería Especializada (SNF).	31
Terapia del habla.	32
Servicios de transporte.	32
Servicios para la visión.	34
Servicios de Rayos-X.	34
Otros servicios que usted puede obtener a través de Medi-Cal Pago- Por-Servicio (Medi-Cal Fee-For-Service - FFS)	34
Servicios dentales	34
Si usted vive en el condado de Sacramento: Cuidados Institucionales a largo plazo . . .	35
Beneficios y servicios adicionales que pueden estar disponibles para usted	36
Nativos Americanos – servicios especiales	36
Servicios para Niños en California (California Children’s Services - CCS).	36
Salud Infantil y Prevención de la Discapacidad (CHDP).	36
Revisión para el envenenamiento por plomo en la niñez.	37
Discapacidades del desarrollo..	37
Programa de Inicio Temprano.	37

Servicios de Evaluación - Agencia Local de Educación (LEA).....	37
Servicios para la salud mental.	37
Trasplante de órganos — Trasplantes complejos, excluyendo el trasplante de riñón y de córnea.	39
Cuidados pediátricos de día.....	39
Curaciones por oraciones.	39
Servicios de laboratorio del programa de pruebas de Alfafetoproteína.	39
Servicios señalados como Servicios de Administración de Casos (TCM).....	39
Tuberculosis — Tratamientos de Terapia Directamente Observados.	39
Programa Mujeres, Infantes y niños (Women, Infants and Children - WIC).....	40
Servicios no cubiertos por nosotros o por Medi-Cal	40
Cobertura de medicamentos de receta	41
Nuestro Formulario	41
Medicamentos que no se encuentran en el Formulario.	42
Medicamentos que son removidas de nuestro Formulario.	42
Otros programas estatales pueden cubrir sus medicamentos.	43
Specialty Pharmacy Medications	43
¿Qué es un medicamento de especialidad?.....	43
¿Qué es una farmacia de especialidades? ¿Porqué necesito emplear a una?.....	43
¿Qué es el Programa de Farmacias de Especialidad?	43
Servicios de emergencia y de cuidados urgentes	44
Cuidados que no son emergencias	45
Cuidados de emergencia fuera de su área de servicio.....	45
Emergencia fuera de los Estados Unidos.....	45
Servicios de cuidados urgentes	46
Servicios de intérprete	46
Objeción moral	46
Sus derechos y responsabilidades	47
Comité de Política Pública/Comité de Asesoría al Consumidor, cambios de política y obtención de copias	48
Comité de Política Pública/Comité de Asesoría al Consumidor.....	48
Cambios de política.....	49
Copias de políticas.	49
Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias del Estado	49
¿Qué es una Reclamación?	49
¿Qué debo hacer si tengo una reclamación?	50
¿Qué es una apelación?	50

¿Cómo presento una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.?	50
Continuación de cuidados.	51
Apelaciones aceleradas — ¿Qué puedo hacer si necesito cuidados de inmediato?	51
Departamento de Administración de los Cuidados para la Salud (DMHC)	51
Revisión Médica Independiente para reclamaciones (IMR)	52
Cuando puede presentar una IMR.	53
Casos que no son urgentes.	53
Casos urgentes.	53
Revisión Independiente Externa (EIR)	54
¿Cómo presento una Audiencia Estatal?	54
Audiencias Estatales	54
Audiencias Estatales Aceleradas.	55
Si usted recibe una factura médica	56
Si usted tiene otro seguro de salud.	57
Compensación de los Trabajadores	57
Responsabilidad de Terceras	57
Cambiando su plan de salud	57
Darse de baja Involuntariamente.	58
Consentimiento informado	58
Donación de órganos.	58
Directivas Avanzadas	58
Privacidad de sus récords	59
Acta de Americanos con Discapacidades.	59
Política de no discriminación	59
Nuevas tecnologías	60
Glosario/Términos Importantes	60
Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud	71
Autorización para la Divulgación de Información	76
Forma para Reclamación y Apelación	77
Estamos aquí para ayudarle.	82

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.

Bienvenido.

Bienvenido a la comunidad. UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. es un plan de salud con participación en Medi-Cal. Nosotros brindamos cobertura para la salud en asociación con el Departamento de los Servicios para los Cuidados de Salud de California (California Department of HealthCare Services - DHCS). Con UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., usted obtiene todos los beneficios regulares además de otros servicios extras sin ningún costo para usted

Este manual le provee información relacionada a su cobertura a través del plan de salud, incluyendo también sus derechos, responsabilidades y beneficios como miembro de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. por favor lea este manual y guárdelo como una futura referencia.

Llamada de bienvenida.

Usted recibirá una llamada de bienvenida de un miembro de nuestro equipo. Nosotros hablaremos con usted acerca de sus beneficios. Le conectaremos con un doctor. Le ayudaremos a tomar la encuesta acerca de su salud. Esto nos ayudará a conocer cuáles son sus necesidades de salud para poder servirle mejor.

Usted puede tener preguntas antes de recibir nuestra llamada. Nuestro Servicios para Miembros puede ayudarle. Nosotros podemos responder a sus preguntas y ayudarle a obtener cuidados. Usted puede llamar gratuitamente a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785 (TTY 711 para personas con problemas de audición)**.

Las horas hábiles para nuestros Servicios para Miembros son de las 7:00 a.m. a las 7:00 p.m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes, excepto en los días feriados estatales. Si usted llama fuera de las horas de servicio, su llamada será recibida por una contestadora (voicemail). Un representante le regresará la llamada al primer día hábil.

Para inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.

Si usted es elegible para recibir beneficios de Medi-Cal y desea inscribirse al UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., usted puede llenar una forma de inscripción. Puede obtener esta forma en Opciones para los Cuidados de Salud (Health Care Options). Opciones para los Cuidados de Salud es una filial del Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud (California Department of Health Care Services) y les brinda ayuda a los miembros de Medi-Cal a inscribirse dentro del Plan Medi-Cal para la Administración de los Cuidados para la Salud. Los miembros de Medi-Cal pueden escoger planes de salud de una lista, que incluye a UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. El proceso de inscripción puede tomar hasta 45 días antes de que usted pueda ser un miembro del plan de salud.

Tarjetas de identificación del miembro

Usted debe recibir de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. una tarjeta de identificación del Plan para cada uno de los miembros de su familia cubiertos por Medi-Cal que estén inscritos con nosotros.

Revise la información en cada una de las tarjetas de identificación del Plan, asegurándose que es correcta. Si usted no recibió su tarjeta de identificación del Plan, o si la información en su tarjeta de identificación del Plan es errónea o si usted pierde su tarjeta de identificación del Plan, o si usted tiene preguntas, llame gratuitamente a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Usted también puede ver e imprimir una tarjeta de identificación del Plan conectando por internet en **myuhc.com/CommunityPlan**.

Lleve con usted su tarjeta de identificación del Plan cuando tenga una consulta con su doctor, acuda al hospital o farmacia o cuando tenga necesidad de cuidados de emergencia o de urgencia. **Si no tiene su tarjeta de identificación del Plan, todavía puede obtener servicios. Su doctor, hospital, farmacia u otros proveedores de cuidados pueden llamarnos para que usted obtenga los cuidados.**

Su tarjeta de identificación de Beneficios Medi-Cal (BIC card).

Cuando ya es usted un miembro de Medi-Cal, el Estado de California le envía otra tarjeta de identificación. A esta tarjeta se le llama tarjeta de identificación de Beneficios Medi-Cal o “BIC card.” No descarte su tarjeta BIC. Usted aún va a necesitar su tarjeta BIC. Usted recibe servicios Medi-Cal de nosotros y también de otras fuentes, tales como otras agencias del gobierno del Estado. Estos servicios se discuten en la sección: Beneficios y servicios adicionales disponibles para usted (Additional Benefits and Services Available to You) en este manual. Usted necesita mostrar su tarjeta BIC cuando quiera obtener los beneficios y servicios disponibles para usted y que nosotros no cubrimos. Si usted pierde o se deshace de su tarjeta BIC, contacte al Departamento de Salud y Recursos Humanos del Condado de San Diego (San Diego County Department of Health and Human Services) o el Departamento de Recursos Humanos del Condado de Sacramento (Sacramento County Department of Human Assistance) en los números anotados en la sección Números de Teléfonos Importantes en este manual. Si usted tiene preguntas, llame gratuitamente a nuestro Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Nunca preste su tarjeta de identificación del Plan o su tarjeta BIC a ninguna otra persona. No permita que ninguna otra persona use su tarjeta de identificación del Plan o su tarjeta BIC. Si usted hace eso, puede constituir un fraude. Usted puede perder sus beneficios de Medi-Cal si usted permite que alguien más use sus tarjetas de identificación para obtener cuidados de salud. Si usted pierde sus beneficios de Medi-Cal, nosotros no podemos brindarle sus cuidados.

Ayudándolo a medida que avanza

Usted puede llamar gratuitamente al Departamento de nuestros Servicios para Miembros en cualquier momento, cualquier día al **1-866-270-5785 (TTY 711, para las personas con problemas de audición.)** Las horas hábiles para nuestros Servicios para Miembros son de las 7:00 a.m. a las 7:00 p.m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes, excepto en los días feriados estatales. Si usted llama fuera de las horas de servicio, su llamada será recibida por una contestadora (voicemail). Un representante le regresará la llamada al primer día hábil.

Los Servicios para Miembros le ayudarán con todo lo que se relaciona con su plan. Por ejemplo, ellos pueden:

- Explicarle su plan, opciones y decisiones.
- Responder a preguntas acerca de la obtención de cuidados.
- Ayudarle a usted con cualquier problema que tenga con sus cuidados de salud.
- Ayudarle a concertar transportación a la oficina del doctor o al hospital y de retorno a su hogar.
- Ayudarle a encontrar a un proveedor de atención primaria (PCP) o con el cambio de PCP, si usted necesita un nuevo PCP por cualquier razón.
- Ayudarle a presentar una reclamación o a solicitar una Audiencia Estatal.

Si usted tiene una emergencia, llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias más cercana para ser examinado.

Ayuda con el idioma.

Nosotros podemos proporcionarle materiales en su idioma o formato para facilitarle la comprensión. Tenemos intérpretes si el doctor no habla su idioma. Esto es gratuito cuando usted habla con nosotros, con sus doctores, con sus farmacéuticos u otros proveedores de los cuidados de salud.

Si usted no habla inglés, llame gratuitamente a nuestro Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Ellos le conectarán con un intérprete.

Si usted tiene problemas de audición, el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (Telecommunications Relay Service - TRS) puede ayudarle. Este servicio le permite a las persona con discapacidades de audición o del habla a llamar por teléfono. El servicio es gratuito. Llame al 711 y de nuestro número telefónico de Servicios para Miembros para llamadas sin costo, el número es **1-866-270-5785, TTY 711**. Ellos le conectarán con nosotros.

Si usted necesita información en otro idioma, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Usted también puede obtener información en letras de mayor tamaño, Braille o en cintas de audio. Para obtener ayuda para traducir o entender esto, llame al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Otros cargos

No hay primas, prepagos por honorarios o pagos periódicos: como miembro de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., no se requiere que usted pague ninguna cantidad por concepto de primas, prepagos por honorarios o pagos periódicos.

No hay copagos, coseguro o deducibles por los servicios cubiertos: Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., no se requiere que usted pague ningún copago, coseguro o deducible por servicios cubiertos dentro del UnitedHealthcare Community Plan.

Costos-por-fuera-de-la-red: Si usted recibe cuidados sin nuestra autorización de parte de doctores que no pertenecen a nuestra red, es posible que tenga que pagar esa factura. Si nosotros no pagamos por servicios provistos por un proveedor que se encuentre Fuera-de-la-Red, usted podría ser responsable ante ese proveedor por el costo de los servicios. Por favor revise cuidadosamente la sección Proveedores dentro y fuera-de-la-red en este manual.

No hay responsabilidades por cantidades de dinero que se deban a UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.: Por ley, todo contrato entre UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. y un proveedor estipula que en el caso en que UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. no pague al proveedor, usted no será responsable ante el proveedor por las sumas adeudadas por UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.

Si usted quiere saber cómo nosotros pagamos a su proveedor por los servicios, por favor llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711.**

Gane acceso a su información por internet

Administre la información de sus cuidados de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana en myuhc.com.

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc., usted con solo apretar una tecla puede estar a cargo de todo lo que necesita para administrar sus beneficios de salud. Regístrese en **myuhc.com**. Las herramientas y nuevas características pueden ahorrarle tiempo y ayudarle a mantenerse sano. El registro en este sitio es gratuito.

Excelentes razones para usar a myuhc.com:

- Consulte sus beneficios.
- Mantenga el record de sus historias médicas, medicamentos de receta.
- Encuentre a un doctor y más información dentro de su expediente personal de salud.
- Imprima una tarjeta de identificación del Plan.
- Tome su propia evaluación de salud.
- Encuentre a un hospital.
- Aprenda a mantenerse saludable.
- Ve a la historia de sus reclamaciones.
- Tenga un dialogo con una enfermera en tiempo real.

Obtenga más de sus cuidados de salud. ¡Regístrese en myuhc.com hoy mismo! El registro es fácil y rápido. Solo visite **myuhc.com/CommunityPlan**, seleccione "Register" en la página principal y siga los simples pasos en el menú. Usted está a solo unas cuantas pulsaciones de teclas para ganar acceso a todo tipo de información.

Obteniendo los cuidados (opciones de doctores y proveedores; instituciones)

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA CONOCER A LOS PROVEEDORES QUE PUEDEN BRINDARLE SUS CUIDADOS PARA LA SALUD.

Proveedores dentro-de-la-red y fuera-de-la-red

Nosotros tenemos acuerdos con doctores, especialista, hospitales, farmacias y otros proveedores para brindarle los cuidados para la salud a nuestro Miembros. A estos se les llama proveedores “dentro-de-la-red.” Usted puede obtener una copia de nuestra red de proveedores llamando gratuitamente al departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, y solicitando una copia de nuestro Directorio de Proveedores. También, usted puede encontrar en nuestro sitio en internet a nuestros proveedores dentro de la red acudiendo a **myuhc.com/CommunityPlan**.

Usted puede saber si un proveedor acepta nuevos pacientes consultando el Directorio de Proveedores o acudiendo a nuestro sitio en internet.

Usted puede encontrar lo siguiente en el Directorio de Proveedores:

- Nombres de los proveedores.
- El número de proveedores.
- Número de teléfono.
- Direcciones.
- Idiomas que hablan.
- Disponibilidad de las localidades de servicio.
- Accesos en las localidades de los proveedores, incluyendo estacionamiento, baños, cuartos de examinación, etc.

Un proveedor fuera-de-la-red es un proveedor que no tiene un acuerdo con nosotros para brindar cuidados a nuestros Miembros. Es posible que si usted obtiene cuidados sin tener nuestra autorización previa, tenga que pagar la factura de parte de doctores que no se encuentran dentro de nuestra red.

En la mayoría de los casos, usted debe obtener cuidados de parte de un proveedor dentro-de-la-red. Hay situaciones en las cuáles usted puede consultar con un proveedor-fuera-de-la-red y esas situaciones se discuten más a fondo a través de este manual. Por ejemplo, usted no necesita consultar con un proveedor dentro-de-la-red para recibir cuidados de emergencia o cuidados urgentes cuando se encuentra fuera del Área de Servicio. Para mayor información, vea la sección en este manual acerca de los servicios para los Cuidados de Emergencia o para Cuidados Urgentes. Si tiene cualquier pregunta acerca de los proveedores dentro-de-la-red y fuera-de-la-red, puede llamar gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Nota: Algunos hospitales y otros proveedores no ofrecen uno o más de los siguientes servicios que pudieran estar cubiertos dentro del contrato de su plan y que usted o su familia pueden necesitar: planificación familiar: servicios anticonceptivos, incluyendo emergencias anticonceptivas;

esterilización, incluyendo ligadura de las trompas en el momento del parto y nacimiento; tratamientos de infertilidad; o aborto.

Usted debe obtener más información antes de inscribirse. Llame al posible doctor, grupo médico, asociación médica independiente o clínica o llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785 (711, TTY para personas con problemas de audición)** para las personas con discapacidades de audición) para asegurar que puede obtener los servicios para los cuidados de salud que necesita.

Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Cuando usted se inscribe, a usted se le asignará un Proveedor de Atención Primaria (PCP) localizado cerca de su hogar. Si usted ya tiene a un PCP y él o ella se encuentran dentro de nuestra red, usted será asignado a ese PCP. Cada miembro de una familia con cobertura puede escoger a su PCP. Los miembros de su familia no tienen que tener todos el mismo PCP.

Si usted se encuentra embarazada, puede escoger a su médico Obstetra para ser su Proveedor de Atención Primaria (PCP).

Su Proveedor de Atención Primaria (PCP) es el doctor para sus cuidados personales. Un PCP puede ser un doctor de familia o un doctor en medicina general, un internista, un pediatra o cualquier otro tipo de proveedor. Si usted es una mujer, puede escoger a un médico obstetra/ginecólogo como su PCP. El nombre de su PCP se muestra en su tarjeta de identificación del Plan.

Su PCP le brindará o administrará la mayoría de sus cuidados de salud. No hay límite en el número de visitas para consultar con su PCP. Hable con su PCP acerca de cualquier problema de salud que usted tenga. Durante su primera visita, su PCP completará una Evaluación Inicial de Salud. Esta evaluación le ayudará al doctor a identificar sus cuidados de salud actuales y sus necesidades preventivas de salud. Informe a su PCP cuál es su historia médica. Deje saber a su PCP de cualquier especialista que se encuentre consultando. Siga las instrucciones que su PCP le imparta.

Parte de una buena salud es consultar con su PCP, acudiendo a revisiones de salud, aún si usted no se siente enfermo. UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc. le enviará recordatorios para que usted conozca cuando debe tener una revisión de salud.

Cuando usted no se sienta bien, su PCP le ayudará. Asegúrese de llamar a su PCP de inmediato.

Su PCP puede referirle a un especialista. Su PCP le ayudará a obtener aprobación previa antes de obtener los servicios que lo requieren.

Si su PCP no habla su idioma, llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, solicitando a un intérprete o para encontrar a un PCP que hable su idioma. UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. conseguirá un intérprete sin ningún costo para usted.

Para escoger una Enfermera Practicante Certificada o a una Enfermera Partera Certificada como su PCP

Los Miembros pueden escoger a una Enfermera Practicante Certificada o a una Enfermera Partera Certificada (CNM) como su proveedora de Atención Primaria. Los Miembros pueden consultar con una CNM que acepte pacientes Medi-Cal por fuera de la red. Para conocer más o para solicitar ayuda

encontrando a una CNM o Enfermera Practicante Certificada, llame a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Para escoger a un Centro de Salud Federal Calificado (Federally Qualified Health Center - FQHC) como su PCP.

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc., usted tiene el derecho de recibir su atención primaria en un Centro de Salud Federal Calificado (Federally Qualified Health Center - FQHC). Un FQHC es un centro que recibe fondos del gobierno federal. Llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, para conocer los nombres y direcciones de los Centros de Salud Federales Calificados dentro de nuestra red (proveedores dentro de nuestra red).

Para cambiar de PCP.

Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si usted quiere cambiar de PCP, llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Nos dará mucho gusto poder ayudarle para encontrar a un nuevo PCP. Usted puede escoger a un nuevo PCP de nuestro Directorio de Proveedores en internet o usted puede solicitar a los Servicios para Miembros que le envíen por correo, sin costo, una copia impresa del Directorio de Proveedores. Cuando escoja un PCP, puede querer tomar en consideración la especialidad, el idioma que hable, la localidad y el sexo. La mayoría de los cambios de su PCP toman lugar el primer día del siguiente mes.

Para hacer una cita con su PCP.

Cuando usted necesite hacer una cita, llame a su PCP. En número de teléfono de su PCP se encuentra notado en su tarjeta de identificación del Plan. Para hacer que el proceso sea más rápido, informe a la oficina lo siguiente:

- El nombre de su PCP.
- Su nombre.
- Su número de identificación (anotado en tarjeta de identificación del Plan).
- El nombre de la persona que necesita ver al doctor.
- La razón por la cual quiere consultar con el doctor.

Usted puede esperar recibir una cita con su PCP dentro de los siguientes períodos de tiempo:

- Una cita urgente para los cuidados — dentro de 48 horas después de solicitarla cuando no se requiere de una autorización previa y dentro de 96 horas si una autorización previa es requerida.
- Cita de rutina/cita que no es urgente — dentro de 10 días hábiles a partir de la fecha en que solicitó.
- Cita para el bienestar del niño — dentro de 10 días hábiles a partir de la fecha en que la solicitó.
- Exámenes con un doctor y revisiones del bienestar — dentro de 10 días hábiles a partir de la fecha en que la solicitó.

Una vez que usted ha hecho una cita:

- Preséntese a tiempo.
- Si usted no puede asistir a la cita, llame de inmediato al doctor.

Si usted necesita ayuda para hacer la cita, llame gratuitamente al departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Si usted necesita de cuidados y la oficina de su PCP se encuentra cerrada. Si usted tiene una emergencia, llame al 911. Para obtener más información, vea la sección Servicios para los cuidados de emergencia y cuidados urgentes (Emergency Care and Urgent Care Services) en este manual. Si usted necesita cuidados que no son de emergencia y la oficina de su PCP se encuentra cerrada, de cualquier manera, llame a la oficina de su PCP. El teléfono del doctor se contesta las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Ya sea que la persona que contesta puede ayudarle o un mensaje será enviado a su doctor o a otro doctor de guardia y alguien le retornará la llamada para hablar acerca de lo que usted debe hacer. A usted le pueden decir que:

- Acuda a una clínica de servicio fuera de las horas hábiles o a un centro de cuidados urgentes.
- Acuda a la oficina de su PCP al día siguiente por la mañana.
- Acuda a una sala de emergencias (ER).
- Obtenga medicamentos de su farmacia.

Acceso a los cuidados a tiempo

Como un miembro de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., nosotros queremos que usted obtenga los cuidados correctos en el momento en que los necesita. La tabla abajo anotada muestra el tipo de cuidados que se encuentran disponibles para usted, cuándo debe usted emplear ese tipo de cuidados y en qué período de tiempo puede esperar que le examinen.

Type of Care	When to use	When you can expect to be seen
Línea directa de Enfermeras (NurseLineSM)	Llame a nuestras enfermeras registradas cuando tenga preguntas o preocupaciones acerca de su salud. Ellas pueden ayudarle a decidir si usted puede dar tratamiento en casa, ver a su PCP u obtener cuidados urgentes o de emergencia.	Líneas telefónicas disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Cuidados de Emergencia	Para el tratamiento de una condición médica o psiquiátrica (mental) con síntomas severos, condiciones como un parto en progreso o una condición con un dolor agudo, una situación que una persona prudente sin conocimientos médicos o de la salud, pueda razonablemente pensar que si no se obtiene atención médica de inmediato pudiera ocurrir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Poner su salud o la salud del bebé por nacer en un serio peligro • Causar una discapacidad a una función corporal • Causar que alguna parte del cuerpo o algún órgano no funcione correctamente. 	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Cuidados Urgentes	Síntomas en necesidad de atención inmediata pero que no ponen en peligro la vida	Dentro de 48 horas de cuando se solicitaron

Type of Care	When to use	When you can expect to be seen
Cuidados Urgentes	Servicios que requieren una autorización previa	Dentro de 96 horas a partir de cuando fueron solicitados
Primera visita prenatal	Primera visita prenatal para miembros de embarazadas	Dentro de 2 semanas después de solicitarse
Atención primaria que no es de urgencia (cuidados de rutina)	Para síntomas que no requieren de atención inmediata	Dentro de 10 días hábiles a partir de cuando fueron solicitados
Especialista	Para tratamiento de un proveedor de la red que se especializa en ciertas áreas del tipo de medicina solicitado	Dentro de 15 días hábiles
Servicios ancilares que no son urgentes	Para diagnóstico o tratamiento de una lesión, enfermedad u otras condiciones de salud.	Dentro de 15 días hábiles a partir de cuando fueron solicitados

Nuestra Área de Servicio

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., su Área de Servicio es el Condado de Sacramento o el Condado de San Diego. En la mayoría de los casos, usted necesita recibir sus cuidados en su Área de Servicio y de un proveedor dentro de nuestra red. Usted debe recibir todos los servicios de rutina y los servicios regulares para los cuidados de salud en el Área de Servicio. Los servicios de rutina y regulares para los cuidados de salud que se reciban fuera del Área de Servicio no se cubrirán. Usted necesita autorización previa para cualquier servicio fuera del Área de Servicio de los condados de Sacramento y San Diego, a menos que usted razonablemente piense que está experimentando una emergencia médica o requiere de un servicio de urgencia. Usted puede recibir Cuidados de Emergencia o Cuidados Urgentes en cualquier parte de los Estados Unidos. No hay servicios cubiertos fuera de los Estados Unidos, excepto para los servicios de emergencia en México o Canadá cuando se necesita que usted sea hospitalizado. Para obtener más información, vea la sección Servicios de Cuidados de Emergencia y Cuidados Urgentes en este manual.

Si usted obtiene cuidados de un proveedor, quién no tenga un contrato con nosotros, (un proveedor por fuera de la red) o se encuentra fuera del Área de Servicios, el proveedor puede enviarle una factura por los cuidados y es posible que usted tenga que pagar esa factura. Eso no se aplica a Cuidados de Emergencia, Cuidados Urgentes, Servicios de Planificación Familiar, Servicios para Menores con Consentimiento, para enfermedades sexuales transmisibles (STD), para servicios de pruebas para HIV y por terminación de embarazo.

Línea Directa de Enfermeras (NurseLineSM) — Su fuente de información de salud las 24 horas del día

¿No está seguro de la clase de cuidados que necesita?

A veces es difícil de saber qué clase de cuidados usted necesita, por eso nosotros tenemos disponibles para usted enfermeras profesionales certificadas en los servicios de salud para los cuidados de salud disponibles por teléfono las 24 horas del día los siete días de la semana. Estas son algunas de las maneras en que ellas pueden asistirle: Ellas pueden contestar preguntas acerca de preocupaciones de salud que usted tenga e instruirle en cuidados que usted puede llevar a cabo en su propia casa si es apropiado. Ellas pueden asesorarlo indicando si necesita cuidados médicos o no y en cómo puede obtener los cuidados médicos, en donde y cuando debe hacerlo (por ejemplo, si usted no está seguro si tiene una Condición Médica de Emergencia o es solo para Cuidados Urgentes y cómo y dónde puede obtener esos cuidados). Ellas pueden decirle que puede usted hacer si necesita de cuidados y la Oficina Médica del Plan se encuentra cerrada.

Usted puede contactar a una de estas profesionales certificadas en los cuidados de salud llamando al número gratuito **1-866-270-5785** o **TTY 711**. Cuando usted llame, una persona entrenada para darle apoyo le hará preguntas para determinar cómo re-dirigir su llamada.

¿Cuáles son los servicios de la Línea de Enfermeras (NurseLine)?

La línea de Enfermeras ofrece una variedad de información y fuentes de salud. Enfermeras certificadas le proveen información y apoyo para cualquier pregunta o preocupación acerca de la salud.

¿Cómo trabaja?

Llame gratuitamente al número **1-866-270-5785** o **TTY 711** para personas con discapacidad de **audición**. Las enfermeras están listas para dialogar acerca de sus preocupaciones de salud y responder a sus preguntas.

¿Cuándo puedo llamar?

Usted puede llamar gratuitamente a la Línea de Enfermeras en cualquier momento las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No hay límite por el número de llamadas que usted pueda hacer.

¿Cómo puede la Línea de Enfermeras ayudarme?

Si usted está enfermo o se ha lesionado, le puede ser difícil tomar decisiones acerca de los cuidados para la salud. Usted no puede saber si debe acudir a una sala de emergencias, visitar un centro de cuidados urgentes, ver a su doctor o tratarse usted mismo. Una enfermera de la Línea de Enfermeras puede ayudarle a decidir. Posiblemente usted solo quiera conocer acerca de una cuestión médica. Con la Línea de Enfermeras, las respuestas se encuentran con una sola llamada.

¿Qué clase de problemas pueden ser abordados por la Línea de Enfermeras?

Las enfermeras pueden dialogar acerca de muchas clases de tópicos de la salud. Estos incluyen:

- Lesiones menores.
- Enfermedades comunes.
- Consejos acerca de auto-tratamientos y opciones de tratamiento.
- Diagnósticos recientes y condiciones crónicas.
- Opciones a escoger para cuidados médicos.

- Prevención de enfermedades.
- Nutrición y buena condición física.
- Preguntas que debe usted hacer a su doctor.
- Como tomar medicamentos de manera segura.
- Salud en hombres, mujeres y niños.

Si usted tiene una emergencia, para obtener ayuda llame al 911, o acuda a la sala más cercana para ser examinado.

Para ver a un especialista

Si usted necesita de cuidados que no le puede brindar su PCP, su PCP puede referirle a un especialista. Un especialista es un doctor u otro profesional de los cuidados para la salud quién tiene una certificación por una Junta de Especialidad, acreditado o de otra forma ser reconocido por un grupo similar de doctores o colegas, como poseedor de una competencia especial en ciertas áreas de práctica clínica para tratar un problema especial de salud. Su PCP le ayudará a encontrar al especialista indicado. En algunos casos, usted necesitará una referencia de su PCP para una consulta con un especialista.

Su especialista necesita ser parte de nuestra red (un especialista dentro de la red), si esto es posible. Nosotros haremos los arreglos para que usted reciba servicios de un especialista que no se encuentre dentro de nuestra red cuando un especialista dentro de la red no se encuentra disponible o cuando se determina que es Medicamento Necesario.

Si usted tiene necesidades de cuidados complejos, un especialista puede ser su PCP. Si usted necesita esto, llame a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Nosotros le ayudaremos a encontrar a un especialista que llene sus necesidades.

Si usted tiene cualquier pregunta, o necesita información acerca de cualquier proveedor o la localidad de una institución, cuales servicios se proveen o cuáles son sus horas de operación, por favor llame gratuitamente a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Referencias continuas a un especialista.

Si usted padece de una enfermedad o de una condición que requiere de múltiples visitas a un especialista, su PCP puede darle a usted una referencia continua. Una "Referencia Continua" significa que es una referencia de su PCP a un especialista para múltiples visitas, sin necesidad que el PCP tenga que proveerle de una referencia para cada una de las visitas. Su PCP también puede darle una referencia continua si su condición o enfermedad amenazan su vida, empeora o le incapacita y usted necesita de los cuidados del especialista o de un centro de especialistas porque ahí se tiene la experiencia necesaria para tratar su enfermedad o condición. Las referencias continuas para el tratamiento de HIV/SIDA serán hechas para un especialista en HIV/SIDA.

Para obtener una referencia continua, llame a su PCP. Su PCP trabajará con nuestro Director Médico y especialistas para asegurar que usted recibe un plan de tratamiento basado en sus necesidades médicas. Si usted tiene cualquier problema para obtener una referencia continua, llame gratuitamente

a nuestro Servicios para Miembros al **1-866-270-5785 (TTY para personas con discapacidad de audición 711)**. Si después de llamarnos usted piensa que sus necesidades no se han llenado, puede presentar una reclamación (una queja) ante nosotros. Para obtener más información acerca de la manera de presentar una reclamación, vea la sección de Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias Estatales (Grievances, Appeals, and State Hearings) en este manual.

Especialistas en enfermedades de la mujer.

Las miembros mujeres que necesitan cuidados de OB/GYN (obstetricia y ginecología) no necesitan de una referencia de su PCP para tener una consulta con un doctor OB/ GYN dentro de nuestra red. Las miembros mujeres pueden también escoger a un doctor OB/GYN como su PCP. Las miembros mujeres pueden tener Servicios de Planificación Familiar de parte de cualquier proveedor de cuidados certificado para proveer esos servicios. El proveedor no necesita estar dentro de nuestra red (como proveedor dentro de la Red). Si usted tiene preguntas llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785 (TTY para personas con discapacidad de audición al 711)**.

Segundas opiniones

Usted tiene el derecho de obtener una segunda opinión sin costo para usted de parte de un profesional calificado acerca de los cuidados de salud. Este derecho incluye segundas opiniones de especialistas. Las siguientes razones son algunas por las cuáles usted pudiera obtener una segunda opinión:

- Usted no está de acuerdo con el plan de tratamiento de su doctor PCP o especialista.
- Su doctor PCP o especialista no ha respondido a sus preocupaciones acerca de su condición o plan de tratamiento.
- Usted ha seguido el plan de tratamiento por algún tiempo y su salud no ha mejorado.
- Usted no está de acuerdo con el diagnóstico de su doctor acerca de una enfermedad que amenaza su vida o acerca de una condición crónica.

Llame a su PCP si desea recibir una segunda opinión. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785 (TTY para las personas con problemas de audición, 711)**. Una segunda opinión debe venir de una profesional de atención médica calificado dentro de nuestra red (un proveedor de la red), a menos que ningún profesional de atención médica calificado en nuestra red pueda proporcionar la segunda opinión. Si no hay un profesional de atención médica calificado de nuestra red, aprobaremos una segunda opinión de un doctor fuera de nuestra red.

Si usted tiene cualquier problema obteniendo una segunda opinión, llame gratuitamente a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785 (TTY para personas con discapacidad de audición al 711)**. Si después de llamarnos, usted piensa que sus necesidades no han sido satisfechas, usted puede presentar una reclamación (una queja) con nosotros. Para obtener información acerca de cómo presentar una reclamación, vea la sección Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias Estatales (Grievances, Appeals, and State Hearings) en este manual.

Acceso a cuidados de emergencia y servicios de cuidados urgentes

Servicios para los cuidados de emergencia

Los cuidados de emergencia se cubren veinticuatro (24) horas al día, siete días a la semana, en cualquier lugar de los Estados Unidos. No se cubren servicios fuera de los Estados Unidos, excepto para cuidados de emergencia que requieran hospitalización en México o Canadá.

Para cuidados de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana (ER). Usted no necesita de pre-aprobación (autorización previa). Los cuidados de emergencia son para condiciones médicas de emergencia. Es para una condición médica o psiquiátrica (mental) con síntomas severos, como un parto en progreso o dolor agudo, que una persona prudente, sin conocimientos de salud o medicina pueda racionalmente pensar que de no obtenerse cuidados de atención médica de inmediato, podría:

- Ponerse en serio peligro su salud o la salud del bebé por nacer.
- Causar una discapacidad de una función corporal.
- Causar que una parte del cuerpo u órgano no funcione correctamente.

Los ejemplos incluyen:

- Labor en progreso.
- Fractura de huesos.
- Dolor agudo, especialmente en el pecho.
- Quemaduras severas.
- Sobredosis de drogas.
- Pérdida del conocimiento.
- Sangrado profuso.
- Condición psiquiátrica de emergencia.

Los servicios para los cuidados de emergencia incluyen, pero no están limitados a, servicios de ambulancias, pruebas, servicios de exámenes y evaluaciones para determinar si existe una condición médica de emergencia y los cuidados, tratamientos o cirugías necesarias para aliviar o eliminar la condición médica de emergencia.

Ejemplos de condiciones que no son emergencias incluye, pero están limitadas a, resfriados, influenza, dolores de garganta y dolores de oídos.

No llame al 911 por problemas que no sean emergencias. Llame a su PCP.

No use la sala de emergencias de un hospital para recibir cuidados que no son de emergencia.

No emplee una ambulancia si no está teniendo una real emergencia. Si usted emplea una ambulancia cuando no tiene una real emergencia, nosotros podemos rehusar el pago.

Si usted no está seguro si está teniendo una emergencia, llame a su PCP. Si la oficina de su PCP está cerrada, alguien va a responder su llamada o usted puede llamar gratuitamente a nuestra Línea de Enfermeras al **1-866-270-5785, TTY 711**. Usted puede llamar a la Línea de Enfermeras las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Enfermeras certificadas pueden ofrecerle información y apoyo para sus preguntas y preocupaciones acerca de la salud.

Llame gratuitamente a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de haber recibido cuidados de emergencia o tan pronto como le sea posible hacerlo. Usted puede pedirle al personal de emergencia que llamen en por usted.

Cuidados de emergencia cuando esté fuera de su Área de Servicio

Si usted tiene una emergencia y se encuentra fuera de su Área de Servicio, el condado de Sacramento o el condado de San Diego, acuda a la sala de emergencia más cercana para recibir cuidados. Llame gratuitamente a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711** dentro de las primeras veinticuatro horas después de recibir los cuidados de emergencia, o tan pronto como usted pueda. Usted puede pedirle al personal de emergencia que nos llamen por usted. Cuando usted recibe Servicios para Cuidados de Emergencia estando fuera del Área de Servicio, solamente los servicios de emergencia están cubiertos. Ningún servicio está cubierto fuera de los Estados Unidos, excepto por los servicios para los Cuidados de Emergencia que requieran hospitalización en México y Canadá.

Si usted es admitido en un hospital que no tiene un contrato con nosotros (un hospital fuera de la Red), nosotros tenemos el derecho de moverlo tan pronto como sea médicamente seguro hacerlo. Su doctor PCP debe proveerle los cuidados de seguimiento después que ha salido del hospital.

Emergencias cuando se encuentra fuera de los Estados Unidos

Si usted tiene una emergencia y se encuentra fuera de los Estados Unidos, los servicios de emergencia no se cubren México o en Canadá

Servicios para los cuidados de urgencia

Los servicios de urgencia son servicios necesarios para prevenir una seria declinación de la salud después de una condición o lesión imprevista o inesperada. Los servicios para cuidados de urgencia son para enfermedades, lesiones o condiciones no le ponen en peligro de muerte, pero necesitan de atención médica de inmediato.

Los servicios para cuidados de urgencia se encuentran disponibles dentro y fuera de su Área de Servicio (el condado de Sacramento o San Diego). Sin embargo, si usted se encuentra fuera de los Estados Unidos estos servicios no están cubiertos excepto para los servicios de cuidados de emergencia en México o Canadá.

Si usted no está seguro de tener una emergencia o si cuidados de urgencia pueden ayudarle, llame a su PCP. Si la oficina de su PCP está cerrada, alguien contestará su llamada. Usted debe poder obtener una cita en cuidados de urgencia dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas. Usted también puede llamar gratuitamente a nuestra Línea de Enfermeras al **1-866-270-5785, TTY 711**. Usted

puede llamar a nuestra la Línea de Enfermeras las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Enfermeras certificadas pueden brindarle información y apoyo para sus preguntas y preocupaciones.

Si usted o su hijo se enferman después de las horas hábiles, espere hasta que la oficina de su PCP abra para hacer una cita, si esto puede hacerse. Usted también puede llamar gratuita a nuestra la Línea de Enfermeras al **1-866-270-5785, TTY 711**. Usted puede llamar a nuestra la Línea de Enfermeras las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Enfermeras certificadas pueden brindarle información y apoyo para sus preguntas y preocupaciones.

Cuidados del embarazo

Si usted está embarazada o piensa en embarazarse, por favor llame a su doctor PCP o OB/GYN si no está recibiendo cuidados relacionados a su embarazo. Usted también podría llamar gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-270-5785, TTY 711, para solicitar asistencia para encontrar un OB/GYN que se encuentre dentro de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.

Programas para la Administración de los Cuidados

¿Padece usted o algún miembro de su familia de asma o diabetes?, ¿Es usted una mujer embarazada de alto riesgo? ¿Necesita de ayuda extra para usar los servicios o beneficios? Si así es, nosotros tenemos programas para trabajar con usted.

Los programas para la administración de los cuidados de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., tienen un enfoque holístico para ayudar a los Miembros a tener vidas más sanas. Nosotros trabajamos con usted y con su PCP para mantener su salud y promover su participación en sus cuidados para la salud.

Nuestros Administradores de cuidados le dan apoyo y ayudan a impartirle enseñanzas. Ellos le ayudan con los servicios de administración. Trabajamos con usted y su PCP para obtener los cuidados con el proveedor adecuado, en el momento en que se necesitan, en el lugar correcto. Los programas para la administración de cuidados incluyen:

- Cuidados respiratorios enfocados con el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD).
- Cuidados cardiacos enfocados en la insuficiencia cardiaca, la enfermedad del corazón o la hipertensión.
- Cuidados para la diabetes.
- Cuidados para los trasplantes.
- Cuidados para HIV/SIDA.
- Cuidados para el embarazo de alto riesgo.

Para conocer más acerca de esos programas, llame gratuitamente al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Continuidad de cuidados

Si su doctor abandona nuestra red.

Hay ocasiones en que nosotros dejamos de trabajar con un proveedor (incluyendo doctores, especialistas y hospitales). Si esto sucede, le dejaremos saber tan pronto como sea posible. Usted puede solicitar tener una continuidad de cuidados con el mismo proveedor si el proveedor está de acuerdo y ha estado tratándolo por cualquiera de las condiciones anotadas abajo.

Si usted es un nuevo miembro en nuestro plan de salud.

Si usted acaba de inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., y su proveedor (incluyendo doctores, especialistas y hospitales) no está asociado con nosotros, puede solicitar continuar consultando con su proveedor para una continuidad de cuidados, si se encuentra en la mitad de un tratamiento o tiene tratamientos planeados o procedimientos para cualquiera de las condiciones anotadas abajo.

Condiciones:

La continuidad de los beneficios para los cuidados se aplica a las siguientes condiciones:

- **Condiciones graves.** Una condición grave es una condición médica que es súbita y seria, necesitando pronta atención médica y tiene un corto período de tiempo, por ejemplo una neumonía. Usted puede continuar viendo a su proveedor por el tiempo que la condición grave persista.
- **Condición crónica seria.** Una condición crónica seria es una condición médica que dura mucho tiempo y requiere de constante tratamiento para mantenerle a usted en remisión o prevenir que empeore, por ejemplo, un caso severo de diabetes o de padecimientos cardíacos. Usted puede seguir viendo a su proveedor por el tiempo necesario para completar un curso de tratamiento por no más de 12 meses y después arreglar para una transferencia sin riesgo a otro proveedor.
- **Embarazo.** Usted puede seguir viendo a su proveedor mientras se encuentra embarazada y por el período inmediato de posparto. (Seis semanas después del nacimiento).
- **Enfermedades terminales.** Una enfermedad terminal es una condición incurable que tiene una gran probabilidad de causar la muerte en un año o en menos tiempo. Usted puede continuar viendo a su proveedor por la duración de la enfermedad.
- **Cuidados del recién nacido** entre las edades desde el nacimiento hasta los 36 meses. El niño puede continuar con el proveedor hasta por 12 meses.
- **Usted tiene cirugía u otro procedimiento autorizado por nosotros como parte de un curso de tratamiento documentado que ha sido recomendado y documentado por el proveedor, por ejemplo, una cirugía de rodilla o colonoscopia.** La cirugía u otros procedimientos programados tienen que tomar lugar dentro de 180 días a partir de la fecha en que el doctor dejó de trabajar con nosotros o dentro de 180 días de la fecha en que usted inicio su cobertura con nosotros.

Su proveedor puede no estar de acuerdo en continuar brindándole los servicios. Si esto ocurre, le asignaremos a un nuevo proveedor o le mandaremos a un nuevo hospital para recibir los cuidados.

Si usted quiere solicitarnos permanecer con su proveedor o si usted tiene preguntas acerca de la continuidad de cuidados, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Usted también puede solicitar que le enviemos una copia de la política de la continuidad de cuidados.

¿Qué está cubierto? ¿Cuáles cuidados de salud puedo yo obtener de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.?

Los servicios médicos cubiertos de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., se explican en esta sección. Para mayor información y para cualquier pregunta en esta sección, por favor llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Medical Necessity/Medically Necessary

Para que un servicio médico sea cubierto por UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., el servicio médico debe ser un beneficio cubierto de Medi-Cal y ser médicamente necesario. Un beneficio cubierto de Medi-Cal es un servicio médico que está cubierto por Medi-Cal y por nosotros. Un servicio médicamente necesario es un servicio cubierto que es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir enfermedades significativas, una discapacidad significativa o para aliviar dolor severo a través de diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, padecimiento o lesión.

Nosotros revisamos, cambiamos, aprobamos y denegamos todos los servicios para los cuidados de salud cubiertos de acuerdo a las Necesidades Médicas.

Nota: Algunos hospitales y otros proveedores no ofrecen uno o más de los siguientes servicios que pudieran estar cubiertos dentro del contrato con su plan y que usted o su familia pueden necesitar. Estos pueden incluir Servicios de Planificación Familiar, medicamentos y artículos anticonceptivos (píldoras anticonceptivas), incluyendo contraceptivos de emergencia, esterilización (incluyendo ligadura de las trompas) en el parto y al nacimiento del bebé), tratamientos de infertilidad o aborto. Usted debe obtener más información antes de inscribirse. Llame a su doctor, grupo médico, clínica o asociación de práctica independiente si usted está pensando en hacer una elección o llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, para asegurarse que puede obtener los servicios para los cuidados de salud que necesita.

Previa autorización

Todos los servicios requieren de una previa autorización a menos que el beneficio indique que la previa autorización no es requerida.

“Previa Autorización” significa que su doctor nos presenta una solicitud por servicios antes que a usted le sean impartidos esos cuidados. Nosotros analizamos la necesidad médica de la solicitud con su doctor para asegurar que es apropiada específicamente para su enfermedad o condición.

Si el servicio no es una necesidad médica o no es un beneficio cubierto, nosotros podríamos negar la solicitud de previa autorización. Si esto sucede, usted recibirá una carta informándole porque la solicitud fue negada. Usted o su doctor pueden apelar esta negación. En la carta que le enviamos le explicaremos como puede usted presentar una apelación. Usted puede leer más acerca de las apelaciones en la sección de Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias Estatales (Grievances, Appeals, and State Hearings) en este manual.

Nosotros procesamos previas autorizaciones de rutina (normales, sin urgencia) en cinco (5) días hábiles después de recibir toda la información. Si su condición médica puede ser causa de una inminente y seria amenaza a su salud o si el período de tiempo de rutina puede ser perjudicial para su vida o su salud o podría poner en peligro la habilidad para que usted gane de nuevo una máxima función, la solicitud de previa autorización la procesaremos dentro de un período de setenta y dos (72) horas a partir de la fecha en que la recibimos. Nosotros podemos procesar las previas autorizaciones más rápidamente que en esos períodos de tiempo cuando son necesarias por razones médicas. Nosotros procesamos solicitudes para servicios urgentes de especialidad por teléfono.

Si usted no obtiene aprobación para un servicio que requiere de una previa autorización antes de recibir el servicio, usted puede tener que pagar por el servicio.

Usted no necesita una previa autorización para los siguientes servicios:

- Servicios para los Cuidados de Emergencia o Servicios para los Cuidados Urgentes.
- Visitas al PCP.
- Servicios provistos por una enfermera partera certificada, si el proveedor se encuentra dentro de nuestra red.
- Miembros mujeres que consultan con un OB/GYN si el proveedor se encuentra dentro de la red del PCP.
- Servicios de Planificación Familiar.
- Servicios preventivos para los cuidados de salud.
- Servicios para las enfermedades sexualmente transmitidas.
- Pruebas para detectar VIH.
- Servicios de Consentimiento para Menores.
- Término de embarazo.
- Cuidados básicos prenatales de un doctor que se encuentra dentro de nuestra red, a menos que usted haya estado recibiendo cuidados prenatales de otro doctor cuando se inició su membresía con nosotros.

Llame gratuitamente a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, si tiene cualquier pregunta acerca de sus beneficios y servicios, en como sus servicios son aprobados o acerca de cuáles servicios están o no cubiertos. Usted también puede solicitar una copia de nuestras políticas y procedimientos que empleamos para determinar si un servicio es Medicamento Necesario.

Estos beneficios están cubiertos por nosotros (Los requerimientos de necesidad médica y previa autorización son aplicables)

Servicios de acupuntura.

Se limita a dos servicios en cualquier mes calendario. Puede haber servicios adicionales dentro de ciertas circunstancias. Revise con su doctor o con Servicios para Miembros si usted piensa que es necesario tener servicios adicionales. Llame gratuitamente a nuestro departamento de Servicios para Miembros al 1-866-270-5785 para obtener más información.

Alcohol/abuso de drogas.

Nosotros cubrimos crisis de intervención y servicios educacionales de salud y cuidados de hospital para casos agudos por la sobredosis de drogas. También cubrimos servicios para los desórdenes por el abuso de sustancias.

Servicios para el asma.

Nosotros cubrimos inhaladores con espaciador, nebulizadores (incluyendo macara y tubo) medidores de flujo máximo para la administración y tratamiento del asma. Sus beneficios también incluyen enseñanzas en cómo usar correctamente los inhaladores con espaciadores y los medidores de flujo máximo para el asma.

Tratamiento de salud para el comportamiento (BHT) para el desorden del espectro autista.

Nosotros tenemos acuerdos con los condados de San Diego y Sacramento en relación al Desorden del Espectro Autista (ASD). Este tratamiento incluye análisis del comportamiento aplicado y otros servicios basados en evidencia. Esto significa que los servicios han sido revisados y han demostrado que trabajan. El servicio debe desarrollar o restaurar, tanto como sea posible, las funciones del diario de un miembro con ASD.

Los servicios BHT deben ser médicamente necesarios, prescritos por un doctor o psicólogo con licencia, ser aprobada por el plan y provisto de una manera que siga el tratamiento aprobado del plan.

Usted puede calificar para los servicios BHT si:

- Usted tiene menos de 21 años de edad;
- Tiene un diagnóstico de ASD; y
- Tiene comportamientos que interfieren con la vida en el hogar o dentro de la comunidad. Algunos ejemplos incluyen la ira, violencia, auto-lesiones, el escapismo o las dificultad con las habilidades para la vida diaria y habilidades para interactuar jugando o comunicándose.

Usted no califica para los servicios BHT si usted:

- No se encuentra médicamente estable; y
- Necesita de servicios médicos o de enfermería las 24 horas del día; o

- Si tiene una discapacidad intelectual (ICF/ID) y necesita de procedimientos que se lleven a cabo en hospitales o en instituciones de cuidados intermedios.

Salud del comportamiento.

Nosotros cubrimos condiciones de la salud del comportamiento (mental) de condiciones de salud con niveles de condición leve a moderada. Los condados de San Diego o Sacramento cubren condiciones de salud del comportamiento (mental) severas. Si usted tiene preguntas acerca de BHT, por favor llámenos al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Ensayos clínicos del cáncer.

El costo de los ensayos clínicos del cáncer puede cubrirse si usted padece de cáncer. Un ensayo clínico de cáncer es un estudio de investigación que involucra a las personas que tienen cáncer y trata de encontrar si un nuevo tratamiento funciona y es seguro. Para calificar para esta cobertura, usted debe:

- Tener un diagnóstico de cáncer,
- Ser referido a un ensayo clínico de cáncer por un doctor que se encuentre dentro de nuestra red,
- Recibir autorización previa o aprobación de nosotros, y
- Ser aceptado dentro de un ensayo clínico de cáncer aprobado para el tipo de cáncer que usted tiene. Esto significa que el ensayo clínico de cáncer debe tener un significado potencial de beneficio para usted y debe ser aprobado por los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health), la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (United States Food and Drug Administration - FDA), el Departamento de la Defensa de los Estados Unidos (United States Department of Defense), o el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (United States Department of Veterans Affairs).

Si usted es elegible, pero se le niega la cobertura para un ensayo clínico de cáncer, usted tiene el derecho de solicitar una revisión médica independiente (IMR). Para obtener más información, vea la sección de Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias Estatales (Grievances, Appeals, and State Hearings) en este manual.

Pruebas para el cáncer.

Nosotros cubrimos todas las pruebas médicas, generalmente aceptadas para detectar el cáncer, incluyendo:

- Prueba para la detección del cáncer cervical, incluyendo la prueba de detección para el papillomavirus humano (HPV). Se cubren las vacunas contra el HPV para miembros de dieciocho (18) a veintiséis (26) años. (Para niños menores de dieciocho años [18], las vacunas HPV se proveen dentro del programa de Vacunaciones para Niños.)
- Mamografías como pruebas para la detección de cáncer.
- Pruebas para diagnóstico y detección de cáncer de próstata.

Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS).

CBAS es un servicio para el cual usted puede calificar si usted tiene problemas de salud que hacen difícil que se cuide a sí mismo, necesitando recibir ayuda extra. Si usted califica, nosotros le enviaremos a un centro CBAS que para satisfacer de mejor manera sus necesidades.

Usted recibe los servicios de CBAS gratuitamente. Estos servicios pueden incluir, pero no están limitados a:

- Alimentos.
- Cuidados personales.
- Terapia física.
- Terapia ocupacional.
- Cuidados especializados de enfermería.
- Servicios sociales.
- Terapia del habla.

Los centros CBAS también ofrecen entrenamiento y apoyo a la familia y/o a los cuidadores.

Usted puede calificar para CBAS si:

- Usted recibía esos servicios de un Centro para adultos para los cuidados de salud durante el día (ADHC) y ha sido aprobado para obtener CBAS.
- Un doctor de atención primaria lo refiere a CBAS y usted ha sido aprobado por nosotros para obtener CBAS.
- Usted ha sido referido a CBAS por un hospital, una institución con servicios de enfermería especializada o una agencia comunitaria y está aprobado por nosotros para obtener CBAS.

Servicios de quiropráctica.

Puede haber servicios adicionales en algunas circunstancias. Revise con su doctor o con Servicios para Miembros si usted piensa que servicios adicionales son necesarios. Llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, 711**, para obtener más información.

Servicios para diabéticos.

Nosotros cubrimos esos servicios y los siguientes suministros cuando sean médicamente necesarios para el tratamiento de la diabetes:

- Insulina, glucagón, agujas y ciertos medicamentos prescritos dentro de los beneficios de medicamentos de prescripción.
- Monitores y tiras de prueba para monitorizar el azúcar sanguíneo.
- Monitores del azúcar sanguíneo, designados para asistir a las personas que son invidentes o de otra forma de discapacitación de la visión.
- Bombas de insulina y todos los suministros necesarios relacionados.
- Tiras de prueba para las cetonas en la orina.
- Lancetas y dispositivos con lancetas para la punción.
- Sistemas inyectores para la administración de insulina.
- Dispositivos de podiatría para prevenir o tratar problemas en los pies relacionados a la diabetes.

- Jeringas de insulina.
- Dispositivos de ayuda visual, excluyendo anteojos, para asistir a las personas con discapacitación visual con las dosis correctas de insulina.

Los miembros que padecen de diabetes y son menores de veintiún (21) años son elegibles para los Servicios para Niños en California (CCS). Para obtener más información, por favor vea la sección *California Children's Services* en este manual.

Visitas a la oficina del doctor.

Nosotros cubrimos los siguientes servicios:

- Todas las visitas de rutina, exámenes, tratamientos y vacunas que son provistas para usted por su doctor.
- Los servicios que recibe de un especialista (Requerimientos de previa aprobación pueden aplicarse).
- Programa para la Salud de Niños y Prevención de Discapacidades (CHDP), visitas a su doctor o programas recibidos y programas basados en las escuelas o por un condado (Sacramento o San Diego). Para obtener más información, por favor vea la sección Child Health and Disability Prevention Program en este manual o usted puede llamar a CHDP al **1-800-993-2437**.

Cuando usted se inscribe con nosotros, usted se le asignará un Proveedor de Atención Primaria (PCP) que se localiza cerca de su hogar. No hay límites en el número de veces que usted puede ver a su PCP. Es importante que usted visite a su PCP para revisiones regulares para mantenerse saludable.

Drogas y medicamentos.

Nosotros cubrimos medicamentos de receta y medicamentos de venta libre que se encuentran en nuestro Formulario. En ciertas ocasiones nosotros podemos cubrir medicamentos de receta y medicamentos de venta libre que no se encuentren en nuestro Formulario. Para más información, por favor consulte la sección Cobertura de medicamentos de receta (Prescription Drug Coverage) en este manual.

Equipo Médico Durable (DME).

El equipo médico durable (DME) es equipo que se usa múltiples veces por una persona que está lesionada o enferma, es seguro para ser empleado dentro y fuera del hogar y generalmente no es útil para otras personas que no sufran de una lesión o una enfermedad. El equipo que se emplea principalmente para el confort no es DME.

Nosotros cubrimos DME cuando es médicamente necesario. DME es ordenado por su doctor. Nosotros decidimos si el DME se renta o se compra y el sitio donde se compre o se rente. También cubrimos el mantenimiento, la entrega y cualquier suministro que sea necesario. Nosotros cubriremos reparaciones que sean razonables, pero si esas reparaciones son necesarias por el mal uso del DME, usted será responsable por esas reparaciones. Si usted extravía su DME, es posible que usted sea responsable por el costo del reemplazo.

Estos son unos ejemplos del DME que nosotros cubrimos. Estos son ejemplos y no la lista completa.

- Monitores para la apnea.
- Monitores para la glucosa sanguínea.
- Equipo de oxígeno.

- Bastones con asa curva.
- Muletas estándar.
- Silla de ruedas.
- Dispositivos para la sordera y baterías para los dispositivos para la sordera.
- Baterías para los marca-pasos.
- Bolsas de colostomía, catéteres urinarios y suministros.

Estos son unos ejemplos de DME que no cubrimos. Estos son ejemplos solamente y no una lista completa.

- Alteraciones para su casa o automóvil.
- Mobiliario.
- Artículos de lujo.

Si su hijo es elegible para los cuidados con los servicios de California Children's Services (CCS), su hijo recibirá DME de CCS. Nosotros le ayudaremos a coordinar la referencia a CCS por usted. Para obtener más información, por favor vea la sección Servicios para Niños en California (California Children's Services) en este manual.

Servicios para la Detección, Diagnóstico y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT).

Estos servicios también son llamados visitas del bienestar para los niños. Estas visitas cubiertas incluyen pruebas de salud, diagnóstico, tratamiento y vacunas para los niños hasta el mes de su veintiún cumpleaños. Los servicios EPSDT incluyen:

- Exámenes físicos.
- Inmunizaciones.
- Pruebas de laboratorio (cuando sean necesarias).
- Pruebas para el plomo.
- Revisiones de la visión.
- Revisión de la audición.
- Pruebas del desarrollo y el comportamiento.

Servicios para los cuidados de emergencia.

Nosotros cubrimos los Cuidados de Emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana en cualquier parte de los Estados Unidos. También nosotros cubrimos los Cuidados de Emergencia si usted está en México o Canadá. Para obtener más información, por favor vea la sección de Servicios de Cuidados de Emergencia y de Urgencia (Emergency Care and Urgent Care Services) en este manual.

Productos para la nutrición enteral.

Para los miembros adultos de veintiún (21) años o más, nosotros cubrimos los productos para nutrición enteral, administrados por una sonda gástrica que sean medicamente necesarios. No

cubrimos productos que se administren oralmente debido a problemas provenientes de errores del metabolismo y diagnósticos de mala absorción intestinal.

Para los miembros que tengan menos de veintiún (21) años, nosotros cubrimos formulas específicas o productos para nutrición enteral cuando sea médicamente necesario, y si estos no tienen que ser administrados a través de una sonda gástrica.

Servicios para el planificación familiar.

Los servicios para la planificación familiar se proveen a los miembros en la edad para la procreación para ayudarles a determinar el número e intervalo de nacimiento de sus hijos. Estos servicios incluyen todos los métodos para el control de la natalidad aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). Como miembro, usted escoge a un doctor localizado cerca de usted y que le brinde los servicios que necesita. Nuestros Doctores de Atención Primaria (PCP) y especialistas OB/GYN están disponibles para los servicios de la planificación familiar. Para la planificación familiar, usted también puede escoger a un doctor o a una clínica que no esté conectada con UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. pagará por ese doctor o clínica para los servicios de planificación familiar que usted escoja. El número telefónico gratuito de la oficina DHCS de Planificación Familiar (1-800-942-1054) provee consultas y referencias a las clínicas de Planificación Familiar.

Usted no necesita de previa autorización para recibir servicios de planificación familiar, aún si el proveedor que escoja no se encuentra dentro de nuestra red.

Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Educación de salud y asesoría cuando usted necesita ayuda para tomar opciones educadas y para entender los métodos de anticoncepción.
- Historia limitada y examinación física.
- Pruebas de laboratorio si son médicamente indicadas como parte de su proceso para tomar decisiones acerca del tipo de métodos anticonceptivos usted pueda querer emplear.
- Pastillas anticonceptivas, dispositivos y suministros.
- Cuidados de seguimiento para complicaciones asociadas con los métodos de anticoncepción provistos o prescritos por el proveedor de planificación familiar o de salud.
- Pruebas de embarazo y asesoría, incluyendo asesoría y procedimientos de cirugía para la terminación del embarazo (aborto).
- Ligadura de las trompas (para mujeres).
- Vasectomías (para hombres).
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades sexualmente transmitidas si es medicamento indicado.
- Detección, pruebas y asesoramiento de personas con riesgo a HIV y referencias a tratamiento.

Nota: Algunos hospitales y otros proveedores no ofrecen uno o más de los siguientes servicios que pudieran estar cubiertos dentro del contrato con su plan y que usted y su familia pueden necesitar. Estos incluyen: Servicios de planificación familiar, medicamentos y artículos para control de la natalidad (anticonceptivos), incluyendo anticonceptivos de emergencia, esterilización (incluyendo ligaduras de las trompas en el parto y nacimiento), tratamientos de infertilidad o aborto.

Usted debe obtener más información antes de inscribirse. Llame al doctor, grupo médico, clínica o asociación de práctica independiente que usted ha pensado en escoger o llame gratuitamente a

nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785 (TTY para personas con discapacidad de audición, llame al 711)** para estar seguro que usted puede obtener los servicios de cuidados para la salud que usted necesita.

Las personas que son elegibles pueden contactar, llamando gratuitamente, al Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud de California, Oficina de Planificación Familiar (California Department of Health Care Services, Office of Family Planning) al **1-800-942-1054** para hablar con un representante o para recibir información acerca de los Servicios para la planificación familiar. Si usted tiene preguntas acerca de su elegibilidad, por favor llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785 (TTY para personas con discapacidad de audición llame al 711)**.

Servicios educativos de salud.

Nosotros tenemos programas educativos de salud, servicios y materiales para ayudarle a mejorar su salud y a administrar la enfermedad. Estos se encuentran disponibles gratuitamente para usted. Muchos de los materiales se ofrecen en diferentes idiomas y/o formatos para las personas con discapacidad auditiva o visual. Los tópicos incluyen:

- Cómo emplear los servicios para los cuidados de salud de manera efectiva, incluyendo información acerca de la administración de cuidados, prevención y servicios para los cuidados de salud primarios, cuidados de obstetricia y educación de la salud en general.
- Cómo reducir su riesgo de enfermedad y mantener un estilo de vida saludable, que incluye programas para ayudar a dejar de fumar y conocer más acerca del uso del alcohol y las drogas, prevención de lesiones, prevención de enfermedades sexualmente transmitidas, prevención de VIH/SIDA, prevención de embarazos cuando usted no desea embarazarse, nutrición, alcanzando un peso saludable y manteniéndolo, ejercicio y educación para una buena crianza.
- Auto-cuidados y cómo administrar las condiciones de salud, incluyendo información acerca de las rutinas de los auto-cuidados y el tratamiento para enfermedades existentes, enfermedades crónicas o condiciones de salud, incluyendo programas para el embarazo, asma, diabetes e hipertensión.

Usted no necesita de autorización previa o de una referencia de su doctor para obtener esos servicios; sin embargo, su doctor puede recomendar uno o más de estos servicios para usted.

Pruebas y asesoramiento para VIH.

Usted puede obtener pruebas para VIH confidencialmente con cualquier proveedor para los cuidados de salud que tenga una certificación para proveer esos servicios. Usted no necesita de una previa autorización o de una referencia de su PCP o de nosotros. Puede llamarnos para obtener una lista de los sitios que hacen las pruebas de manera confidencial. Estos son unos ejemplos de los sitios en donde usted puede obtener una prueba para VIH confidencialmente:

- Su PCP o doctor.
- Proveedores del servicio para planificación familiar.
- Departamentos de salud locales.
- Clínicas prenatales.
- Ciertas clínicas en los condados de San Diego/Sacramento.

Los jóvenes de 12 o más años pueden obtener cuidados médicos para el diagnóstico o para tratar VIH sin el consentimiento de los padres. Miembros con VIH o SIDA pueden ser elegibles para otros programas que proveen cuidados especiales, como el programa de Servicios para Niños de California (California Children's Services Program) y el programa de exención de Medi-Cal para el SIDA (AIDS Medi-Cal Waiver Program).

Servicios de salud en el hogar.

Nosotros cubrimos servicios que se proveen en el hogar de parte de proveedores de los cuidados de salud sin ningún costo solamente si usted reúne todos los requerimientos siguientes:

- Substancialmente usted no puede salir de la residencia en donde se encuentra.
- Su condición médica requiere de servicios provistos por enfermeras, terapistas física, terapistas ocupacionales o una terapistas del habla.
- Su PCP determina que es posible que sus cuidados puedan ser monitorizados y controlados en la residencia donde se encuentra y que los servicios que usted necesita pueden ser provistos de manera segura y efectiva.
- Usted obtiene los servicios en nuestra Área de Servicio.

Los servicios para los cuidados de salud están limitados a servicios que son cubiertos por Medi-Cal, tales como servicios médicos sociales, suministros médicos, cuidados de salud de medio tiempo en el hogar por un asistente y cuidados de enfermería especializada por medio tiempo. Sus cuidados pueden proveerse por asistentes de salud en el hogar, trabajadores sociales médicos, enfermeras, y/o terapistas físicos, ocupacionales o del habla.

Cuidados de hospicio.

Los cuidados de hospicio son voluntarios. Usted puede recibir servicios para los cuidados de hospicio si ha sido certificado como un paciente terminal, con una esperanza de vida de doce (12) meses o menos, si la enfermedad tiene su curso normal y usted o su representante voluntariamente escogen recibir los cuidados de hospicio.

Los cuidados de hospicio pueden proveerse en su hogar o usted puede escoger ser admitido en una institución de enfermería. Si usted escoge recibir los cuidados en una institución de enfermería, los cuidados no son considerados como cuidados a largo plazo y usted no perderá su elegibilidad con nosotros, independientemente de cuánto tiempo se espera que usted resida en la institución de enfermería o del tiempo efectivo que usted permanezca en la institución de enfermería.

Si usted tiene veintiún (21) años de edad o más y escoge recibir cuidados de hospicio, usted está renunciando a todos los derechos con los que usted tiene que ser provisto o para que se haga el pago de los servicios cubiertos que están relacionados con el tratamiento de su enfermedad terminal. Si usted tiene menos de veintiún (21) años de edad, escogiendo los cuidados de hospicio no renuncia a esos derechos.

Los cuidados de hospicio incluyen, pero no están limitados a:

- Servicios de enfermería.
- Servicios de doctor.
- Asistentes de salud en el hogar y servicios de ama de casa.

- Suplementos médicos y aparatos domésticos.
- Servicios de asesoramiento, incluyendo asesoramiento por el dolor de la pérdida, aflicción, nutrición y espiritual.
- Cuidados para el control del dolor o el manejo de los síntomas.

Cualquier artículo paliativo o servicio cubierto por el programa Medi-Cal.

Cuidados en hospital.

Son servicios de cuidados que usted recibe en el hospital, ya sea como paciente internado o paciente ambulante. Los cuidados de hospital incluyen, pero no están limitados a:

- Planificación cuando se le da de alta.
- Servicios para pacientes hospitalizados.
- Cuidados intensivos.
- Servicios de rehabilitación.
- Servicios en la sala de operaciones o en instalaciones similares.
- Servicios para pacientes ambulantes.

Usted debe tener una previa autorización para obtener servicios de hospital, excepto por emergencias o por servicios para cuidados urgentes cuando usted se encuentra fuera del Área de Servicio. Note que no se cubren servicios de hospital por fuera de los Estados Unidos, excepto por servicios de emergencia que requieran hospitalización mientras usted se encuentra en México o en Canadá.

Inmunizaciones.

Usted puede obtener inmunizaciones de su proveedor, del departamento de salud local o de su farmacia local.

Servicios de laboratorio (lab).

Los servicios de laboratorio incluyen perfiles sanguíneos, cultivos de garganta y análisis de orina (urinalisis). Los servicios de laboratorio deben ser provistos en la oficina de un doctor que tenga un contrato con nosotros, o un laboratorio bajo contrato con nosotros, un hospital con un contrato con nosotros o un laboratorio contratado por nosotros y estos servicios deben ser médicamente necesarios. Nosotros no cubrimos servicios de laboratorio provistos dentro del programa del Estado para pruebas Serum alphafetoprotein administrado por el Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud de California (California Department of Health Care Services).

Mastectomía.

La mastectomía es una cirugía para remover los senos para ayudar en el tratamiento o prevención del cáncer de mama. Los servicios incluyen cirugías de prótesis y reconstrucción. (Para obtener más información, por favor vea la sección Cirugía de Reconstrucción (Reconstructive Surgery) en este manual).

Esto se lleva a cabo en un hospital. Usted o su doctor deciden cuanto tiempo usted estará hospitalizada basándose en las necesidades médicas.

Cuidados de maternidad.

Si usted está embarazada, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Queremos estar seguros que usted obtiene todos los cuidados que necesita. Le ayudaremos a escoger a su doctor para los cuidados de maternidad que tenga un contrato con nosotros.

Nosotros cubrimos los siguientes servicios para los cuidados de maternidad:

- Cuidados prenatales. Los cuidados prenatales son los cuidados que usted recibe mientras está embarazada. Los cuidados prenatales incluyen visitas a su doctor mientras se encuentra embarazada (también llamados visitas prenatales), suplementos prenatales, pruebas de diagnóstico y pruebas genéticas.
- Cuidados de posparto. Estos son los cuidados que usted recibe por seis semanas después de tener a su bebé.
- Asesoramiento de la nutrición.
- Cuidados de parto y nacimiento.
- Pruebas de diagnóstico.
- Pruebas genéticas.
- Cuidados para paciente hospitalizado por cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal normal. Estadías prolongadas tiene que ser aprobadas por nosotros. Si usted o su doctor deciden que puede ser dada de alta antes que las cuarenta y ocho (48) horas terminen, nosotros cubriremos una visita para el recién nacido y la madre si esta visita se hace dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas después de haber salido del hospital.
- Cuidados de paciente hospitalizado por noventa y seis (96) horas después de un parto por Cesárea (C-Section). Estadías prolongadas deben ser autorizadas por nosotros. Si usted y su doctor deciden que puede ser dada de alta antes que las 48 horas terminen, nosotros cubriremos una visita para el recién nacido y la madre si esta visita se hace dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas después de haber salido del hospital.

Después de dar a luz, usted recibirá ayuda para dar el pecho y equipo especial para ello, si lo necesita. Si usted tiene preguntas puede preguntar a su doctor o llamar gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Usted también puede ser elegible para el programa Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children - WIC). Para mayor información, vea por favor la sección Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children (WIC) en este manual.

Servicios de Consentimiento para Menores.

Servicios de Consentimiento para Menores se encuentran disponibles para los Miembros menores de dieciocho (18) años. Los Servicios de Consentimiento para Menores son servicios relacionados a:

- Asalto sexual, incluyendo violación.
- Abuso del alcohol o drogas por niños de doce (12) años de edad o mayores.
- Embarazo.
- Planificación familiar.

- Enfermedades sexualmente transmitidas (STD) en niños de doce (12) años de edad o mayores.
- Cuidados de salud de pacientes ambulatorios para niños de doce (12) años de edad o mayores, quienes son lo suficientemente maduros para participar de manera inteligente y donde, (1) existe peligro de serios daños físicos o mentales al menor o a otras personas, o (2) los niños son presuntas víctimas de incesto o de abuso físico.

La autorización previa no es necesaria para recibir estos servicios.

Los miembros elegibles para estos servicios no necesitan del permiso o consentimiento de sus padres o guardianes para recibir estos servicios.

Los miembros elegibles pueden recibir estos servicios de cualquier proveedor calificado de Medi-Cal, incluyendo proveedores que no se encuentren dentro de nuestra red o que no tengan un contrato con nosotros, (también denominados proveedores por fuera de la red). La información compartida con los proveedores permanecerá confidencial y no se compartirá con los padres o guardianes sin consentimiento del miembro.

Para obtener más información, por favor llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Cuidados para el recién nacido.

Su bebé recién nacido debe visitar a un doctor que se encuentre dentro de nuestra red para obtener una revisión médica dentro de los tres primeros días después de haber llegado a su hogar desde el hospital. Si usted necesita ayuda para encontrar a un doctor dentro de nuestra red, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Su bebé recién nacido tiene cobertura por el mes en que nace y el mes siguiente. Esta cobertura es dentro de Medi-Cal. Usted debe inscribir a su bebé en Medi-Cal para poder continuar con esta cobertura. Cuando usted inscribe a su bebé en Medi-Cal, usted puede escoger a UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. para que el bebé reciba su cobertura de Medi-Cal a través de nosotros. Para inscribir a su bebé en Medi-Cal, llame a su trabajador de elegibilidad. Si usted no sabe cómo contactar a su trabajador de elegibilidad, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Cuidados de obstetricia/ginecología (OB/GYN).

Las miembros mujeres no necesitan una referencia o permiso de sus PCP o de nosotros para visitar a un doctor OB/GYN que tenga contrato con nosotros (también denominado un proveedor dentro de la red). Si usted tiene preguntas, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Terapia ocupacional.

La terapia ocupacional se emplea para mantener o mejorar las habilidades para la vida diaria después de padecer una enfermedad o discapacidad. Se cubren hasta dos visitas al mes (1) calendario para terapias ocupacionales, del habla, de audiología o podiatría (combinadas).

Terapia física.

La terapia física emplea ejercicios para ayudar a la persona a mantener o mejorar sus habilidades después de sufrir una lesión o una enfermedad. Los servicios de terapia física están limitados por el programa Medi-Cal. La terapia física es un servicio cubierto solamente si su doctor piensa que su condición mejorará significativamente en un período corto de tiempo y si la terapia física lo mantendrá a usted fuera del hospital o reducirá su estadía en el hospital.

Servicios de cuidados de podiatría.

Los servicios de cuidados de podiatría son servicios para sus pies. Los servicios para los cuidados de podiatría se limitan a dos servicios en cualquier mes calendario y deben proveerse en un Centro Calificado Federal para los Cuidados de Salud (FQHC) o una Clínica Rural de Salud (RHC). Se requiere de una autorización previa, a menos que sea una emergencia.

A menos que sea en un caso de emergencia, solamente los siguientes miembros son elegibles para recibir cuidados de podiatría:

- a. Mujeres embarazadas si es parte de los cuidados relacionados a su embarazo o por servicios para tratar una condición que pueda provocar problemas con el embarazo.
- b. Niños y jóvenes adultos quienes tengan veinte (20) años de edad o menos y que reciben comprensivamente Medi-Cal.
- c. Personas que viven en casas de reposo con licencia, como una Institución con Servicios de Enfermería Especializados (SNF), una institución de cuidados Intermedios (ICF), una ICF para la Discapacitación del Desarrollo (ICF-DD) y una institución sub-aguda.
- d. Si usted tiene veintiún (21) años o más e inició el curso de un tratamiento antes de cumplir veintiún (21) años, sus beneficios pueden continuar. Su podólogo debe ordenar el tratamiento. Pregunte a su podólogo o a su proveedor de atención primaria.

Cuidados prenatales.

Si usted está embarazada, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Nosotros queremos estar seguros que usted obtiene los cuidados que necesita. Le ayudaremos a escoger a un doctor que sea un contratista con nosotros.

Los cuidados prenatales incluyen visitas regulares a su doctor mientras esté embarazada (también llamadas visitas prenatales), suplementos prenatales, pruebas de diagnóstico y pruebas genéticas.

Para mayor información acerca de sus cuidados durante su embarazo y después de dar a luz, vea por favor la sección Cuidados de maternidad (Maternity Care) en este manual. También vea por favor la sección Cuidados del recién nacido (Newborn Care) en este manual para obtener más información acerca de los cuidados de su bebé después del nacimiento.

Cuidados preventivos.

Los cuidados preventivos incluyen visitas anuales para la revisión del bienestar con su PCP y las pruebas de diagnóstico, inmunizaciones de rutina y las exámenes de salud recomendados. La

cobertura incluye, pero no está limitada a: examen del colesterol, examen para el cáncer de mama, cervical y de colon, depresión, hipertensión (alta presión sanguínea) y diabetes.

Las miembros mujeres pueden obtener cuidados preventivos que están cubiertos de parte de una especialista de la salud que sea mujer. Usted no necesita una referencia de su PCP para obtener cuidados preventivos de una especialista para la salud de la mujer.

Servicios de cirugía reconstructiva.

La cirugía reconstructiva es una cirugía para reparar o corregir problemas con partes del cuerpo causados por tumores o enfermedad, infecciones, accidentes o traumas, defectos de nacimiento u otros desarrollos anormales. Nosotros cubrimos los servicios de cirugía reconstructiva si su doctor determina que la cirugía le dará una apariencia más cercana a lo normal o mejorará la manera en que su cuerpo funciona.

Si todas las partes de las mamas son removidas por razones médicas, nosotros cubriremos la cirugía reconstructiva. Para obtener más información, por favor vea la sección Mastectomía (Mastectomy) en este manual.

Servicios para las Enfermedades Sexualmente Transmitidas (STD).

Los servicios STD son confidenciales. Usted no necesita una referencia o autorización previa de su doctor o de nosotros para obtener los servicios STD. Usted puede obtener servicios STD de parte de cualquier doctor o clínica. El doctor o clínica a la cual usted acuda no necesita ser parte de nuestra red. Nosotros pagaremos por los servicios STD aún si el doctor o clínica son proveedores por fuera de nuestra red. Los servicios STD incluyen:

- Asesoramiento.
- Diagnóstico.
- Cuidados preventivos.
- Revisiones.
- Pruebas.
- Tratamientos.
- Cuidados de seguimiento.

Si usted se encuentra entre las edades de doce (12) y dieciocho (18), usted puede recibir servicios STD sin necesitar permiso o consentimiento de sus padres o guardián. Para más información, vea la sección Servicios de Consentimiento para Menores (Minor Consent Services) en este manual.

Centro con Servicios de Enfermería Especializada (SNF).

Un SNF es un establecimiento con licencia para proveer cuidados especializados de enfermería, servicios de rehabilitación y otros servicios de salud relacionados a pacientes hospitalizados. Los servicios SNF están cubiertos cuando son médicamente necesarios y usted es referido a ellos por su PCP. Los servicios SNF incluyen alimentos y habitación, su doctor y servicios de enfermería, así como medicamentos e inyecciones.

En el condado de Sacramento, nosotros cubrimos los servicios SNF por el mes en que es admitido y por el siguiente mes después de eso. Si usted necesita permanecer en SNF por más tiempo, usted será dado de baja de nuestro plan de salud y Medi-Cal le proveerá esos servicios. Si usted es dado de baja de nuestro plan de salud, le enviaremos una carta informándole cuando su cobertura finalizará. Si

usted no está de acuerdo con las razones por las cuáles su cobertura se termina, puede presentar una apelación ante el Departamento de la Administración de los Servicios para los Cuidados de Salud de California (California Department of Managed Health Care - DMHC). Usted también puede pedirle al Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud de California (California Department of Health Care Services - DHCS) que haga una revisión de su situación. Para más información, por favor vea la sección Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias Estatales (Grievances, Appeals, and State Hearings) en este manual.

En el condado de San Diego, nosotros cubriremos los servicios de SNF para usted hasta el día 31 de diciembre de 2017 (o hasta que lo determine el Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud).

Terapia del habla.

La terapia del habla es empleada para ayudar a una persona que tiene problemas para hablar. Se cubren hasta 2 visitas combinadas al mes (1) calendario de las terapias ocupacional, del habla, audición, o podiatría.

Servicios de transporte.

Servicios de transporte para emergencias médicas (ambulancia): El servicio de transporte médico de emergencia (ambulancia) se provee a través del sistema de respuesta para emergencias "911" y es cubierto cuando es médicamente necesario.

Transporte médico que no es de emergencia: Usted tiene derecho a emplear la transportación médica que no sea de emergencia (NEMT), cuando por razones físicas o médicas, no le es posible ir a su cita médica empleando un automóvil, autobús, tren o taxi y el plan cubre el costo de su condición médica o física.

NEMT puede ser una ambulancia, una vagoneta, camioneta para llevar silla de ruedas, o transporte aéreo. NEMT no es un automóvil, autobús o taxi. UnitedHealthcare Community Plan permite el costo mínimo NEMT para sus necesidades de transporte a su cita. Eso significa, por ejemplo, si usted es capaz física o médicamente ser transportado en una vagoneta para silla de ruedas, UnitedHealthcare Community Plan no pagará por una ambulancia. Usted solamente tiene derecho a transporte aéreo si su condición médica no permite ninguna otra clase de transporte terrestre.

NEMT debe usarse cuando es:

- Física o médicamente necesario cuando es determinado por una prescripción por un doctor; o
- Usted no es capaz física o médicamente de emplear un autobús, taxi, automóvil o vagoneta para acudir a su cita;
- Debe ser aprobado por adelantado por UnitedHealthcare por una prescripción escrita por un doctor.

Para solicitar NEMT, por favor llame a UnitedHealthcare Community Plan por lo menos 3 días hábiles de lunes a viernes antes de la fecha de su cita. Para citas urgentes, por favor llame tan pronto como sea posible. Cuando usted llame, tenga a la mano su tarjeta de identificación como miembro a la mano.

Límites de NEMT.

No hay límites para recibir NEMT de ida o regreso de sus citas médicas cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan cuando un proveedor lo ha prescrito para usted.

¿En cuáles circunstancias no se puede proveer?

Si su condición física o media le permite llegar a su cita médica empleando un automóvil, autobús taxi u otro modo de transportación. El transporte no será provisto, y también si el servicio no está cubierto por UnitedHealthcare Community Plan. Una lista de los servicios cubiertos se encuentra en este manual para miembros.

Costo para el Miembro.

Cuando el transporte es autorizado por UnitedHealthcare Community Plan, no hay ningún costo.

Transporte que no es médico.

Usted puede emplear transportación que no es por razones médicas (NMT), cuando usted se encuentra:

- Viajando desde y hacia una cita para un servicio cubierto por UnitedHealthcare Community Plan prescrito por su proveedor.

UnitedHealthcare Community Plan le permite usar un coche, taxi, autobús u otra forma pública/privada de llegar a su cita médica para servicios médicos cubiertos por el plan, incluyendo reembolso de millas, cuando el transporte es en un vehículo privado arreglado por el beneficiario y no a través de un agente de transporte, pases de autobús, bonos de taxi o billetes de tren. UnitedHealthcare Community Plan permite que el tipo NMT de menor costo para sus necesidades médicas esté disponible en el momento de su cita.

Para solicitar servicios de NMT, llame a UnitedHealthcare Community Plan al 1-866-270-5785 o llame a LogistiCare al 1-844-772-6623 por lo menos 3 días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita o llame tan pronto como pueda cuando tenga una cita urgente. Por favor, tenga su tarjeta de identificación de miembro lista cuando llame.

Límites de NMT.

No hay límites para recibir NMT de ida y de regreso de una cita cubierta dentro del UnitedHealthcare Community Plan cuando un proveedor lo ha prescrito para usted.

¿En cuáles circunstancias no se puede proveer?

NMT no se aplica si:

- Una ambulancia, vagoneta, furgoneta para sillas de ruedas u otra forma de NEMT es médicamente necesaria para obtener un servicio cubierto.
- El servicio no está cubierto por UnitedHealthcare Community Plan. Una lista de los servicios cubiertos se encuentra en el manual para miembros.

Costo para el Miembro.

No hay costo cuando la transportación está permitida por UnitedHealthcare Community Plan.

Servicios para la visión.

Medi-Cal paga por estos servicios para la visión, sin importar la edad que usted tenga:

- Consultar con un doctor de los ojos para una examinación.
- Hacer una revisión para obtener anteojos con graduación.
- Hacer una revisión de los ojos para detectar enfermedades para prescripciones de lentes de contacto.
- Revisar la salud de sus ojos.
- Revisar si usted tiene una visión pobre.

Medi-Cal pagará por estos servicios para la visión, si usted tiene veintiún (21) o más años y usted: (1) Está embarazada y su doctor dice que no teniendo este examen puede causar daño a su bebé o al embarazo, o (2) Si usted reside en una casa de retiro y necesita:

- Nuevos anteojos o reparación de sus anteojos.
- Lentes de contacto.
- Cosas que le ayudarán a ver mejor (como lupas o lentes de aumento).

Servicios de Rayos-X.

Nosotros cubrimos servicios de rayos-x cuando han sido ordenados por un doctor bajo contrato con nosotros (un doctor dentro de la red) y el servicio de recibe en la oficina del doctor, en un hospital o laboratorio y es médicamente necesario.

Otros servicios que usted puede obtener a través de Medi-Cal Pago-Por-Servicio (Medi-Cal Fee-For-Service - FFS)

En ocasiones UnitedHealthcare Community Plan no cubre los servicios, pero usted aún puede obtenerlos a través de FFS Medi-Cal. Para conocer más acerca de esto, llame a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Servicios dentales.

Medi-Cal cubre los siguientes servicios dentales hasta la edad de 21 años:

- Diagnóstico e higiene preventiva dental (por ejemplo, exámenes, rayos-x y limpiezas de dientes)
- Servicios de emergencia para el control de dolor;
- Extracciones dentales;
- Tratamiento de conductos;
- Aplicaciones prostéticas; y
- Ortodoncias para niños que califiquen.

Si usted tiene preguntas o desea conocer más acerca de los servicios dentales, llame a Denti-Cal al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922). Usted también puede visitar al sitio en internet de Denti-Cal en denti-cal.ca.gov.

Si usted vive en el condado de Sacramento: Cuidados Institucionales a largo plazo

Si usted vive en el condado de Sacramento, UnitedHealthcare Community Plan cubre cuidados a largo plazo a partir del mes en que usted llega a la institución y por el siguiente mes. UnitedHealthcare Community Plan no cubre los cuidados a largo plazo si usted permanece por más tiempo. Si sus estadías son más largas del mes en que entra usted a la institución, Regular Medi-Cal será quién cubra esos cuidados. Para conocer más, llame a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. (Los miembros que viven en el condado de San Diego pueden continuar recibiendo cobertura por cuidados a largo plazo a través de UnitedHealthcare Community Plan).

Beneficios y servicios adicionales que pueden estar disponibles para usted

Como miembro de Medi-Cal, usted tiene beneficios y servicios disponibles, los cuáles no están provistos por UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. En lugar de eso, ellos están provistos para usted por Medi-Cal u otro programa estatal. Estos beneficios y servicios se explican a continuación. Nosotros podemos ayudarle si tiene preguntas acerca de estos beneficios y servicios. Llame gratuitamente a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Nativos Americanos — servicios especiales

Inscripción a los Cuidados Administrados por Medi-Cal: A los nativos americanos no se les requiere que se inscriban en un plan de cuidados administrados por Medi-Cal. Los nativos americanos que se inscriben pueden dejar el plan en cualquier momento y por cualquier razón y retornar a Pago- Por-Servicio de Medi-Cal.

Centros de salud y clínicas de salud para nativos americanos: Los nativos americanos pueden escoger para recibir sus servicios para los cuidados de salud a los Centros de Salud para Nativos Americanos o a las Clínicas de Salud para Nativos Americanos. Los nativos americanos que escojan esta opción pueden quedarse o pueden darse de baja de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.

Para conocer más, llame a Servicios de Salud Para Nativos Americanos (Indian Health Services) al **1-916-930-3927** o visite el sitio en internet en **www.ihs.gov**.

Servicios para Niños en California (California Children's Services - CCS).

CCS es un programa del Estado que ayuda a los niños menores de veintiún (21) años de edad que sufren de ciertas enfermedades, limitaciones físicas o problemas crónicos de salud. Para obtener CCS, su hijo debe padecer problemas médicos que CCS cubre, ser residente de California y llenar los requerimientos familiares de ingresos.

Nosotros identificamos las condiciones en los niños para su elegibilidad con CCS, arreglamos para su referencia a una oficina de CCS y proveemos la administración del caso hasta que se establezca la elegibilidad de su hijo para CCS. Nosotros continuaremos proveyendo a su hijo con los servicios cubiertos que CCS no provee.

Si su hijo ya está inscrito en CCS, por favor llámenos. Nosotros podemos hacer arreglos para que los servicios de CCS continúen y así su hijo obtendrá servicios que nosotros proveemos y que no son brindados por CCS.

Salud Infantil y Prevención de la Discapacidad (CHDP).

CHDP les provee a los niños menores de veintiún (21) años revisiones completas de salud física. CHDP incluye inmunizaciones, nutrición y educación acerca del tabaco, pruebas para la anemia, el plomo sanguíneo y la tuberculosis (TB), así como revisiones de diagnóstico para la visión, dentales y de audición. Su hijo puede recibir servicios CHDP a través de su PCP. Si tiene preguntas, por favor hable con el PCP de su hijo.

Revisión para el envenenamiento por plomo en la niñez.

Nosotros cubrimos las pruebas de diagnóstico para la presencia de plomo en la sangre para los miembros a las edades de uno (1) y dos (2) años. Los miembros que tengan resultados por arriba de cierto nivel serán referidos al Programa de Prevención del Envenenamiento por Plomo en la Niñez (Childhood Lead Poisoning Prevention Program - CLPPP), a Servicios para Niños en California (CCS), y/o al departamento local de salud.

Discapacidades del desarrollo.

Usted puede ser elegible para recibir servicios de los centros regionales si tiene una discapacidad del desarrollo. Llame a su doctor o llame gratuitamente a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, para obtener más información.

Programa de Inicio Temprano.

Los niños recién nacidos y hasta los tres (3) años de edad que presentan un retraso o discapacidad en el desarrollo o una condición establecida de riesgo con alta probabilidad de resultar en un retraso pueden ser elegibles para el Programa de Inicio Temprano. El Programa de Inicio Temprano consiste de equipos coordinadores de servicios, proveedores de los cuidados de salud, especialistas de intervención temprana, terapeutas y especialistas de recursos para los padres, quienes evaluarán y valorizarán a los infantes o niños de poca edad y proveerán una intervención temprana apropiada y servicios de apoyo familiar para los niños entre las edades desde el nacimiento hasta los tres (3) años de edad que califiquen. Para obtener más información acerca del Programa de Inicio Temprano, hable con su doctor o llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Servicios de Evaluación - Agencia Local de Educación (LEA).

LEA provee ciertos servicios para la evaluación de salud a través de las escuelas. Para recibir estos servicios, no es necesario tener una referencia de su PCP.

Servicios para la salud mental.

Nosotros cubrimos servicios para la salud mental para pacientes ambulatorios, provistos por profesionales certificados para los cuidados de salud, que actúan dentro de los límites de su competencia, para niños y adultos diagnosticados con una condición que es definida por el Manual Estadístico de Desórdenes Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM) y que resulta en un estrés de nivel ligero a moderado o hasta una discapacitación del funcionamiento mental, emocional o del comportamiento. Los servicios pueden ser provistos por su PCP, psiquiatras, psicólogos trabajadores sociales con certificación clínica u otros proveedores especialistas en la salud mental.

Los servicios incluyen:

- Evaluación y tratamiento de la salud mental individualmente o en grupo (psicoterapia).*
- Pruebas psicológicas cuando son clínicamente indicadas para la evaluación de una condición mental.*
- Consultas psiquiátricas para la administración médica.*
- Pruebas de diagnóstico e intervenciones breves (SBI).

- Laboratorio para pacientes ambulatorios, suplementos y suministros.
- Medicamentos (excluyendo medicamentos antipsicóticos que son cubiertos por Medi-Cal pago-por-servicio).

* Los servicios del uno al tres (*) arriba mencionados serán provistos a través de Optum Behavioral Health por proveedores contratados con OptumHealth Behavioral Solutions of California. Los Miembros deben contactar a UnitedHealthcare al **1-866-270-5785** para obtener información acerca del acceso a los servicios de cuidados para la salud del comportamiento.

Los Proveedores de Atención Primaria (PCP) son responsables de las pruebas de diagnóstico e Intervenciones Breves (SBI) y para la evaluación y actuación necesarias para el desarrollo de un diagnóstico antes de referir al miembro a Optum Behavioral Health, a Salud Mental del Condado o a otros programas. Laboratorio para pacientes ambulatorios, suministros, suplementos y medicamentos elegibles son administradas a través de los beneficios médicos del Miembro. Las herramientas para las pruebas de diagnóstico se encuentran disponibles en el sitio en internet de DHCS y el sitio en internet de nuestro proveedor y también incluye la Evaluación de Comportamiento de la Educación de Salud Individual (IHEBA).

Los siguientes servicios para miembros con serias enfermedades mentales (SMI) y/o severos disturbios emocionales (SED) ambas condiciones no están cubiertas por UnitedHealthcare, sin embargo, continuarán siendo cubiertas a través del sistema de **Salud Mental del Condado (County Mental Health System)**.

Servicios para pacientes ambulatorios para miembros con SMI/SED

- Servicios para la salud mental, incluyendo evaluaciones, desarrollo de un plan, terapia y rehabilitación y colaterales.
- Apoyo con medicamentos.
- Servicios de tratamientos y rehabilitación diaria.
- Intervención y estabilización de crisis.
- Administración de casos señalados.
- Servicios Terapéuticos para el Comportamiento.
- Servicios y Tratamientos para Adultos en Residencia.
- Servicios en residencia para tratamiento de crisis.

Servicios para pacientes hospitalizados servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos graves

- Servicios profesionales psiquiátricos para el paciente hospitalizado
- Servicios de psiquiátricos en una institución de Salud

Además, los servicios para el tratamiento por el uso del alcohol y drogas no se encuentran cubiertos por UnitedHealthcare. Sin embargo, la cobertura puede estar disponible a través de los programas para el alcohol y otras drogas (AOD) del condado.

Trasplante de órganos — Trasplantes complejos, excluyendo el trasplante de riñón y de córnea.

Nosotros referimos a los miembros identificados como candidatos para trasplantes complejos (excepto para riñones y córneas) a un centro de trasplantes aprobado por Medi-Cal. Nosotros cubriremos la evaluación que se lleve a cabo en el centro de trasplantes aprobado por Medi-Cal.

Los miembros que sean aceptados como candidatos para un trasplante y aprobados por Medi-Cal son dados de baja de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. y serán transferidos a Pago-Par Servicio (regular) de Medi-Cal. Nosotros continuaremos cubriendo todos los servicios médicamente necesarios hasta que el miembro haya sido dado de baja.

Los miembros que son elegibles para un trasplante a través de los Servicios para los Niños de California (CCS) no serán dados de baja de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. ni tampoco serán transferidos a Pago-por-Servicio (regular) de Medi-Cal.

Cuidados pediátricos de día.

Nosotros no cubrimos los cuidados pediátricos del día.

Curaciones por oraciones.

Nosotros no cubrimos las curaciones por oraciones o curaciones espirituales.

Servicios de laboratorio del programa de pruebas de Alfafetoproteína.

Nosotros no cubrimos servicios de laboratorio provistos dentro del programa de pruebas para las Seroalfafeto Proteínas administrado por el Servicio del Departamento de los Cuidados para la Salud del Estado de California, (DHCS) (California Department of Health Care Service (DHCS)).

Servicios señalados como Servicios de Administración de Casos (TCM).

Los servicios señalados como servicios para la administración de caso (TCM) son servicios que ayudan a los miembros de Medi-Cal como grupos específicos para ganar acceso a necesidades médicas, educación social y otros servicios. Nosotros determinaremos si usted necesita de los servicios TCM y si es elegible, nosotros le referiremos a un centro regional apropiado o a un programa local de salud del gobierno para servicios TCM. Coordinaremos sus cuidados con su proveedor de servicios TCM y determinaremos que posibles necesidades médicas para cualquier servicio de diagnóstico o tratamiento recomendado por su proveedor de los servicios TCM son servicios cubiertos.

Tuberculosis — Tratamientos de Terapia Directamente Observados.

Los miembros que han sido diagnosticados con tuberculosis activa y con riesgo de incumplimiento (no siguiendo) el tratamiento, son referidos a el departamento de salud local para la terapia directamente observada de tratamiento. Miembros con el riesgo de incumplimiento incluyen pero no se limitan a:

- Miembros que demuestran múltiples resistencias a medicamentos.
- Miembros cuyos tratamientos no han tenido éxito o quienes tienen una recaída después de completar el tratamiento.
- Niños y adolescentes.
- Miembros que han demostrado incumplimiento en pasadas ocasiones (por ejemplo, fallando en mantener las citas médicas).

Nosotros proveeremos todos los servicios cubiertos medicamente necesarios a los miembros en terapia directamente observada y aseguraremos una administración de caso conjunta y coordinación de cuidados con el departamento de salud local.

Programa Mujeres, Infantes y niños (Women, Infants and Children - WIC).

WIC es un programa de salud y nutrición con fondos federales para mujeres infantes y niños. WIC ayuda a las familias proveyéndoles con cheques para la compra de alimentos suplementarios saludables de vendedores autorizados por WIC, con educación nutricional y con la ayuda para encontrar servicios para los cuidados de la salud y otros servicios comunitarios. Los participantes deben reunir las guías acerca de sus ingresos y ser mujeres embarazadas, nuevas madres, infantes o niños menores de cinco años de edad. Para conocer más acerca de WIC, pregunte a su proveedor de los cuidados de salud.

Nosotros no cubrimos servicios WIC, pero ayudamos a la identificación y referencias de miembros que sean elegibles para WIC. Su proveedor ayuda a la identificación y refiere a los miembros que pudieran ser elegibles para WIC. Su proveedor puede hacer esto como parte de su evaluación inicial de salud o como parte de su evaluación si usted se ha embarazado recientemente.

Nuestros proveedores referirán y documentarán la referencia de una mujer que está embarazada, dando el pecho o en el posparto o a padre o guardián de un niño menor de cinco (5) años de edad al programa WIC. Como parte de esta referencia, WIC proveerá los resultados de un análisis reciente de la hemoglobina o del hematocrito y los resultados de laboratorio serán documentados en el expediente del miembro.

Servicios no cubiertos por nosotros o por Medi-Cal

Los servicios que UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., o Medi-Cal no cubren incluyen:

- Todos los servicios excluidos de Medi-Cal dentro de las leyes estatales o federales.
- Circuncisión (de rutina), a menos que sea medicamente necesaria.
- Cirugía cosmética.
- Adminículos para los ojos.
- Servicios experimentales o de investigación. Para más información, vea la sección Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias Estatales (Grievances, Appeals, and State Hearings) en este manual.
- Inmunizaciones para deportes, trabajo o viaje.
- Infertilidad.
- Artículos para el confort mientras se encuentra hospitalizado.

Cobertura de medicamentos de receta

Nosotros cubrimos medicamentos de receta y de venta libre cuando:

- Su doctor tratante ordena un medicamento y ese medicamento se encuentra en la lista de nuestro formulario (cuál es nuestro formulario se explica abajo).
- Se prescribe por un doctor de planificación familiar u otro proveedor cuyos servicios no requieren de aprobación
- Es ordenado o suministrado mientras usted se encuentra en una sala de emergencia o en un hospital.
- Se le administra mientras usted se encuentra en una casa de reposo con servicios de enfermería y fueron ordenados por un doctor dentro de la red para un servicio cubierto y usted los obtuvo de una farmacia que se encuentra dentro de la red.

A los miembros de Medi-Cal no se les debe solicitar que paguen por un medicamento de receta. Si a usted se le pide que pague por un medicamento de receta, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-270-5785, TTY 711.

Si usted tiene una emergencia y necesita medicamentos, nosotros le proveeremos un suplemento hasta por setenta y dos (72) del medicamento para darle tiempo a que le surtan el medicamento de receta. Si usted piensa que no recibió el medicamento que es médicamente necesario después de una visita de emergencia a un hospital dentro de la red, usted tiene el derecho a presentar una reclamación. Para obtener más información acerca de la presentación de una reclamación, vea la sección de Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias Estatales (Grievances, Appeals and State Hearings) en este manual.

Sus medicamentos de receta están cubiertos a través de nuestras farmacias dentro de la red. Esto significa que usted debe obtener sus medicamentos a través de una de las farmacias dentro de nuestra red. La lista de las farmacias dentro de nuestra red se encuentra en el directorio de proveedores o usted puede encontrarlas en nuestro sitio en internet en **myuhc.com/CommunityPlan** o puede llamar gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711.**

Si usted tiene problemas en la farmacia para que le surtan sus medicamentos de receta, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, para informarnos del problema que tiene.

Si necesita de un intérprete para comunicarse con la farmacia, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, y ellos le darán asistencia con un intérprete.

Nuestro Formulario

Nosotros empleamos una lista de medicamentos aprobados, a esto se le llama un Formulario. Los doctores ordenan medicamentos del formulario para los miembros. Nuestro formulario es revisado

cada tres meses por un grupo de farmacéuticos y doctores. Ellos discuten acerca de los medicamentos en el formulario, los nuevos medicamentos y cambios en los cuidados de salud y deciden si debe haber cambios en el formulario. Los cambios en el formulario se basan en la práctica médica, la disponibilidad de nuevos medicamentos y los cambios en la tecnología médica. Los medicamentos pueden ser añadidos al formulario solamente si son aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (United States Food and Drug Administration - FDA), si se acepta, de manera general que sean seguros y efectivos y que tienen un costo que es efectivo.

Solamente porque un medicamento se encuentra en nuestro Formulario no significa que el doctor lo prescribirá para su condición médica en particular. También, nosotros no tenemos que cubrir medicamentos de receta que no son requeridos por el programa de Medi-Cal y nosotros podemos limitar o excluir medicamentos tal como lo requiera el programa Medi-Cal.

El farmacéutico le surtirá medicamentos genéricos cuando se encuentren disponibles. Los medicamentos genéricos son químicamente iguales a la versión de medicamentos de nombre. Si su doctor quiere que usted tenga un medicamento de nombre en lugar de un medicamento genérico, debe solicitarlo presentándonos una autorización previa.

Si tiene preguntas específicas acerca de un cierto medicamento, usted puede ver nuestro formulario en nuestro sitio en internet **myuhc.com/CommunityPlan**, o llame gratuitamente a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Medicamentos que no se encuentran en el Formulario.

Su doctor usualmente prescribe medicamentos que se encuentran en nuestro formulario. Si su doctor decide que usted necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario, su doctor puede contactarnos para solicitarlo. Usted tiene derecho a un medicamento que no se encuentre dentro de nuestro formulario si es médicamente necesario. Nosotros les pediremos al doctor y al farmacéutico más información. Tomaremos una decisión en un (1) día después de obtener la información y le informaremos a su doctor o a su farmacéutico de nuestra decisión. Si aprobamos el medicamento, su doctor o su farmacéutico le informarán a usted que hemos aprobado el medicamento. Si no aprobamos el medicamento, le enviaremos a usted y a su doctor una carta explicando la razón por la cual su petición ha sido negada. Si usted no está de acuerdo con esto, puede apelar nuestra decisión. Eso significa que nuestra decisión será revisada. Para más información, vea la sección Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias Estatales (Grievances, Appeals, and State Hearings) en este manual.

Medicamentos que son removidas de nuestro Formulario.

Si usted está tomando un medicamento que es removido de nuestro formulario, su doctor puede solicitarnos que mantengamos ese medicamento, presentándonos una autorización previa. Para que nosotros continuemos cubriendo ese medicamento, el medicamento debe ser seguro y efectivo para su condición médica por la cual ha sido prescrito.

Otros programas estatales pueden cubrir sus medicamentos.

Usted puede ser elegible para recibir cobertura para medicamentos a través de Medi-Cal pago-por-servicio (regular) o a través de otros programas estatales. Si usted tiene preguntas, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Specialty Pharmacy Medications

Nuestro programa de Farmacias de Especialidades ofrece servicios especializados, apoyo e información que usted necesita para mantenerse saludable y para obtener el mejor uso de su beneficio de farmacia.

¿Qué es un medicamento de especialidad?

Un medicamento de especialidad, que puede requerir de almacenamiento y manejo especiales, son a menudo empleados para el tratamiento de condiciones complejas y pueden tener un alto costo. Esos medicamentos necesitan surtirse por farmacias de especialidad dentro de la red.

¿Qué es una farmacia de especialidades? ¿Porqué necesito emplear a una?

Las farmacias de especialidades proveen recursos, servicios y apoyo para condiciones complejas. Para poder continuar recibiendo cobertura de la red para sus medicamentos de especialidad, usted necesita que le surtan sus medicamentos de receta de especialidad de una farmacia de especialidad. Usted puede obtener medicamentos que no sean de especialidad de una farmacia dentro de la red para ventas al menudeo.

Si usted tiene preguntas para poder localizar a una farmacia de especialidad, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

¿Qué es el Programa de Farmacias de Especialidad?

Un programa de farmacias de especialidad provee apoyo personalizado y recursos para ayudar a la administración de su condición, incluyendo:

- Información acerca de su(s) medicamento(s) y condición.
- La elegibilidad para el apoyo y asesoría personales a través de nuestro Programa de Administración Clínica.
- Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a farmacéuticos para dialogar acerca de su condición y terapia de medicamentos para usted.
- Envío y entrega rápidos de paquetes con envolturas confidenciales y sensibles a temperatura (como se requiere).
- Suplementos relacionados a medicamentos gratuitos como por ejemplo hisopos con alcohol y recipientes para materiales punzo-cortantes.
- Recordatorios de re-surtido por teléfono o por mensajes de texto (según usted lo prefiera).

Servicios de emergencia y de cuidados urgentes

Servicios de cuidados de emergencia

Los cuidados de emergencia se cubren las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, en cualquier sitio de los Estados Unidos. Ningún servicio es cubierto fuera de los Estados Unidos con excepción de los servicios para los cuidados de emergencia en México o Canadá que requieran de hospitalización.

Para cuidados de emergencia, llame al 991 o acuda a la sala de emergencias más cerca. (ER). Usted no necesita de pre-aprobación (autorización previa). Los cuidados de emergencia son para condiciones de emergencia. Son para una condición médica o psiquiátrica con síntomas severos, como un parto en progreso o dolor agudo, que una persona prudente sin conocimientos especializados de salud y medicina pueda razonablemente pensar que si no se obtienen cuidados médicos de inmediato podrá suceder lo siguiente:

- Poner en serio peligro su salud o la salud del bebé por nacer.
- Causar la discapacidad de una función corporal.
- Cause que una parte u órgano del cuerpo deje de funcionar correctamente.

Los ejemplos incluyen:

- Parto activo.
- Fracturas de huesos.
- Dolor agudo, especialmente en el pecho.
- Quemaduras severas.
- Sobredosis de medicamentos.
- Desmayos.
- Sangrado profuso.
- Condiciones psiquiátricas de emergencia.

Los servicios de emergencia están cubiertos en servicios para pacientes hospitalizados y pacientes ambulantes que son:

- Provistos por un proveedor que es calificado provee esos servicios
- Se necesitan para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Si usted requiere cuidados de hospital después de una emergencia (cuidados de post-estabilización), el hospital llamará a UnitedHealthcare Community Plan. Si usted es admitido a un hospital que no tiene contrato con nosotros, UnitedHealthcare puede solicitar que usted sea transferido a un hospital dentro de la red, cuando se establezca.

Los servicios para los cuidados de post-estabilización relacionados a una condición médica de emergencia y que son provistos después que el miembro se ha estabilizado y se aplican para mantener la condición estabilizada; o en algunas situaciones para mejorar o resolver la condición.

Cuidados que no son emergencias

Ejemplos de condiciones que no son emergencias incluyen, pero no están limitados a, resfriados, dolores de garganta y dolores de oídos.

No llame al 911 por problemas que no son emergencias. Llame a su doctor proveedor de atención primaria (PCP).

No acuda a una sala de emergencia de un hospital para recibir cuidados cuando no es una emergencia.

No emplee una ambulancia cuando usted no tiene una real emergencia. Si usted emplea una ambulancia cuando no tiene una real emergencia, nosotros podemos rehusar pagar por el servicio.

Si usted no está seguro si tiene una emergencia, llame a su PCP. Si la oficina de su PCP está cerrada, alguien responderá a su llamada. O llame a la línea de enfermeras (NurseLine), llamada gratuita al **1-866-270-5785, TTY 711**. Usted puede llamar a nuestra Línea de Enfermeras (NurseLine) las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Enfermeras certificadas pueden darle a usted información y apoyo para sus preguntas y preocupaciones acerca de la salud.

Llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, dentro de veinticuatro (24) horas después de recibir cuidados de emergencia o tan pronto como usted pueda. Usted puede pedir al personal de emergencia hacer la llamada por usted.

Cuidados de emergencia fuera de su área de servicio.

Si usted tiene una emergencia y se encuentra fuera de su área de servicio (condados de Sacramento y San Diego), acuda a la sala de emergencias más cercana para obtener cuidados. Llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de recibir cuidados de emergencia o tan pronto como usted pueda. Usted puede solicitar al personal de emergencias de hacer esta llamada por usted. Cuando usted recibe cuidados de emergencia fuera de su área de servicio, solamente los servicios de emergencia se cubren. Ningún otro servicio se cubre fuera de los Estados Unidos, excepto por servicios por cuidados de emergencia en México y Canadá. Si usted es admitido en un hospital que no tiene un contrato con nosotros (un hospital fuera de la red), nosotros tenemos el derecho de trasladarlo tan pronto como es seguro médicamente hacerlo. Su doctor PCP debe proveer sus cuidados de seguimiento después que usted sale del hospital.

Emergencia fuera de los Estados Unidos.

Si usted tiene una emergencia cuando se encuentra fuera de los Estados Unidos, ningún servicio de emergencia está cubierto por nosotros excepto por servicios de emergencia en México y Canadá.

Servicios de cuidados urgentes

Los servicios de cuidados urgentes son servicios que son necesarios para prevenir una seria declinación de la salud después de una imprevista condición o lesión. Los servicios de cuidados urgentes son servicios para enfermedad, lesión o condición que no pone en peligro la vida, pero necesita atención médica de inmediato.

Los servicios de cuidados urgentes están disponibles dentro y fuera de su área de servicio en ambos (condados de Sacramento y San Diego). Sin embargo, si usted se encuentra fuera de los Estados Unidos, ningún servicio está cubierto excepto para los cuidados de emergencia en México y Canadá.

Si usted no está seguro que los cuidados urgentes sean los indicados para usted, llame a su PCP. Si la oficina de su PCP está cerrada, alguien responderá a su llamada. Usted debe poder obtener una cita con cuidados urgentes dentro de cuarenta y ocho (48) horas. Usted también puede llamar a nuestra Línea de Enfermeras (NurseLine) al **1-866-270-5785, TTY 711**. Usted puede llamar a nuestra Línea de Enfermeras (NurseLine) las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Enfermeras certificadas pueden brindarle información y apoyo a sus preguntas y preocupaciones.

Si usted o su hijo se enferman después de las horas hábiles, espere, si usted puede hacerlo, hasta que la oficina de su doctor PCP abra y haga una cita. Puede entonces preguntar a su PCP cual institución para los cuidados urgentes debe emplear cuando la oficina de su PCP se encuentre cerrada. En esta forma, usted conocerá por adelantado donde acudir en una situación en que necesite cuidados urgentes. Usted también puede llamar a nuestra Línea de Enfermeras (NurseLine) gratuitamente al **1-866-270-5785, TTY 711**. Puede llamar a nuestra Línea de Enfermeras (NurseLine) las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Enfermeras certificadas puede brindarle información y apoyo a sus preguntas y preocupaciones.

Servicios de intérprete

UnitedHealthcare Community Plan le ofrece servicios de interpretación sin costo para usted.

Si usted quiere obtener servicios de interpretación, llame por favor y pídales a su doctor PCP o llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. le ayudará a encontrar a un doctor que hable su idioma o le proveerá un intérprete.

Objeción moral

Si usted tiene preguntas acerca de los servicios que un proveedor no puede brindarle, por favor llame a su doctor de atención primaria o a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Esos servicios pueden incluir, pero no estar limitados a: asesamiento para la planificación familiar, control de la natalidad (incluyendo ligadura de trompas al tiempo del parto y nacimiento) o aborto.

Sus derechos y responsabilidades

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., usted tiene ciertos derechos y responsabilidades.

Usted tiene el derecho a:

- Ser tratado con respeto y dignidad por todas las personas que trabajan con UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.
- No ser tratado de mala manera o irrespetuosamente por nosotros, sus doctores o por el Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud (Department of Health Care Services) por hacer valer esos derechos y cuando toma decisiones acerca de sus cuidados.
- Recibir información acerca de su plan de salud, de nuestros doctores y de otros proveedores nuestros, de nuestros servicios y de sus derechos y responsabilidades.
- Escoger su Proveedor de Atención Primaria dentro de nuestra red.
- Recibir información acerca de su salud y obtener respuestas a preguntas relacionadas a su salud
- Recibir información acerca de todas las opciones para sus tratamientos si está enfermo, independientemente de la cobertura del beneficio o del costo que tenga.
- Hablar con su doctor acerca de las opciones para sus cuidados y tratamientos, ayudar a tomar decisiones acerca de su tratamiento, independientemente de la cobertura del beneficio o del costo que tenga y preguntar por una segunda opinión.
- Decidir no tener tratamiento para su enfermedad.
- Decidir por adelantado que clase de tratamientos quiere recibir en caso de padecer una enfermedad o lesión que ponga en peligro su vida.
- Mantener sus expedientes médicos privados y confidenciales, recibir copia de sus expedientes médicos y solicitar que se hagan correcciones en sus expedientes médicos (en toda la extensión que las leyes Federales o Estatales lo permitan).
- Si usted es menor de edad, recibir ciertos servicios sin la autorización de sus padres o guardián.
- Presentar quejas ante UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., acerca de sus cuidados, de los proveedores con quienes trabajamos, sin temor de perder sus beneficios. Nosotros le ayudaremos con este proceso, si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted tiene el derecho de pedir una revisión de la decisión (a esta revisión se le llama también apelación). Usted también puede solicitar una Audiencia del Estado e información de cómo puede obtener una Audiencia del Estado de manera más rápida.
- Darse de baja de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., en cualquier momento.
- Si usted habla otro idioma que no sea el inglés, solicitar un intérprete sin ningún costo para, y que se le pregunte si quiere usar a un miembro de su familia o a un amigo para que sea su intérprete.
- Obtener este manual, información de sus proveedores, información acerca de su salud o de nosotros en el idioma que usted quiere o en otro tipo de formato, tal como Braille, audio o en tipo de letra más grande, en un período de tiempo razonable y de acuerdo a las leyes del Estado.
- Recibir servicios de emergencia o de urgencia, de planificación familiar y servicios para las enfermedades sexualmente transmisibles, por proveedores que se encuentren fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.

- Recibir información acerca de sus derechos y responsabilidades.
- Hacer recomendaciones acerca de sus derechos y responsabilidades.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Tratar a su doctor, a todos los proveedores y al personal con cortesía y respeto.
- Llegar a tiempo a sus citas.
- Llamar a su doctor por lo menos un día antes de la cita programada cuando usted decida que tiene que cancelar o reprogramar su cita.
- Dar a su doctor la correcta información y tanta información como le sea posible, a nosotros y a otros proveedores que le den tratamiento.
- Obtener revisiones de salud regulares con su doctor, comunicarle a su doctor y a nosotros cuáles tan pronto como sea posible.
- Hablar con su doctor acerca de los cuidados para sus necesidades de salud y discutir acerca de cuáles son sus opciones de tratamiento. Seguir las instrucciones que le da el doctor y seguir el plan de tratamiento que usted y su doctor han acordado.
- Conocer cuáles son sus beneficios de salud y hacer cualquier pregunta que pueda tener. Usted puede hacer esas preguntas al doctor o a nosotros.
- Usar una sala de emergencias solamente cuando usted piense que es necesario o cuando su doctor le haya recomendado que lo haga.
- Reportar los fraudes o los actos delictivos a los cuidados de salud llamándonos. Usted puede hacer un reporte sin tener que mencionar su nombre.

Comité de Política Pública/Comité de Asesoría al Consumidor, cambios de política y obtención de copias

Comité de Política Pública/Comité de Asesoría al Consumidor.

DHCS decide muchas de nuestras políticas. Pero hay muchas políticas que son creadas por nuestros miembros, a través de nuestro Comité de Política Pública.

Usted puede unirse a nuestro Comité de Política Pública. Nuestro Comité de Política Pública se reúne cada tres (3) meses para discutir asuntos acerca de los miembros y del plan de salud, incluyendo el suyo. El Comité de Política Pública también trabaja para asegurar el confort, la dignidad y las conveniencias de los miembros como usted que confían en UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., para proveerles servicios para los cuidados de salud a los miembros, a sus familias y al público.

Nosotros queremos oír que es lo que usted piensa acerca de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. Para unirse a nuestro Comité de Política Pública o para obtener más información, por favor llame a UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Cambios de política.

Usted recibirá información acerca de todos los cambios de políticas que afectan a sus cuidados de salud.

Copias de políticas.

Si usted desea ver copias de nuestras políticas administrativas o clínicas o de procedimientos no registradas, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias Estatales

¿Qué es una Reclamación?

Es una expresión de insatisfacción acerca de cualquier asunto con la excepción de una Notificación de Determinación Adversa de un Beneficio (NABD).

Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a:

- Usted está insatisfecho con la calidad de sus cuidados.
- El doctor con quién usted quiere consultar no es un doctor dentro de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.
- A usted no le ha sido posible recibir cuidados culturalmente competentes.
- Usted recibió una factura por un servicio que debería ser cubierto por UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.
- Derechos y dignidad.
- Cualquier otro asunto relacionado a los cuidados de salud.

Así mismo, cualquier otra disputa relacionada con su membresía en UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.

Todos los niveles de procedimientos para las reclamaciones y apelaciones de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., se completarán en treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que se recibieron con la excepción de aquellos que se relacionan a una seria e inminente amenaza a la vida. Esas reclamaciones serán completadas a través de una revisión acelerada y la decisión se proveerá no más tarde de 72 horas.

A los miembros no se les requiere que participen en el proceso plan para las reclamaciones cuando existen las siguientes circunstancias:

- El caso envuelve a una seria e inminente amenaza a la salud del miembro, incluyendo, pero no limitado a: dolor severo, la potencial pérdida de vida, de una extremidad, de pérdida de función vital del cuerpo, cancelaciones, renovaciones, recisiones o negación a la renovación a los servicios para los cuidados de salud del plan, el contrato o en cualquier otro caso en donde el departamento determina que una revisión previa es justificada.

- El miembro ha solicitado un proceso de Revisión Médica Independiente, incluyendo la revisión de las terapias experimentales o de investigación.

¿Qué debo hacer si tengo una reclamación?

Usted o alguien actuando en su nombre pueden presentar una reclamación llamando o escribiendo al UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. Llame al **1-866-270-5785, TTY 711**, o escriba a:

UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.
Grievance and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Si usted necesita ayuda para escribir o presentar una reclamación, llame a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Si otra persona va a presentar la reclamación por usted, necesita tener un permiso por escrito. Si usted es una persona con discapacidades, puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. al **1-866-270-5785, TTY 711**, para presentar una reclamación.

Nosotros revisaremos su reclamación y le enviaremos nuestra decisión dentro de 30 días después de recibirla. Le enviaremos una carta con nuestra decisión.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud para una revisión de la Notificación de Determinación Adversa de un Beneficio (NABD). Una NABD es cuando nosotros:

- Denegamos o limitamos un servicio que usted quiere;
- Reducimos, suspendemos o terminamos el pago de un servicio que usted está obteniendo;
- No se autoriza un servicio en el tiempo requerido; o
- No se decide acerca de una reclamación o apelación en el tiempo requerido.

Si cualquiera de los sucesos arriba mencionados ocurre, UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. le mandará a una NABD.

¿Cómo presento una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.?

Usted, su proveedor o la persona que actúa en su nombre pueden presentar una apelación llamando o escribiendo a UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc. Llame al **1-866-270-5785, TTY 711**, o escriba a:

UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.
Grievance and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Usted también puede presentar una apelación por internet a nuestro sitio: **myuhc.com/CommunityPlan**.

Usted debe presentar su apelación dentro de 90 días a partir de la fecha en que recibió una NABD. Si usted necesita de ayuda para escribir o presentar una apelación, llame a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Si usted presenta una apelación llamándonos por teléfono, le enviaremos una carta dentro de 5 días calendario, informándole que hemos recibido su apelación.

Nosotros revisaremos su apelación y le informaremos de nuestra decisión dentro de 30 días después de la fecha en que recibimos la apelación.

Usted recibirá una carta explicando cual fue la razón para nuestra decisión. Le informaremos que es lo que usted debe hacer si usted no está de acuerdo con nuestra decisión. Esta carta será una NABD.

Continuación de cuidados.

Usted puede solicitar que sus servicios continúen durante la apelación. Sin embargo, es posible que usted necesite pagar por el servicio de salud si continúa recibéndolo mientras revisamos su apelación si nuestra decisión es que usted no debe recibir ese servicio

Apelaciones aceleradas — ¿Qué puedo hacer si necesito cuidados de inmediato?

Si usted o su doctor quieren una decisión acelerada debido a que su salud se encuentra en riesgo, llame a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, solicitando una revisión acelerada. UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. le llamará con nuestra decisión dentro de 3 días calendario después de recibir su solicitud para una revisión acelerada. Este período de tiempo puede extenderse si usted lo solicita o si nosotros consideramos que es necesario tener más información y este retardo es en su propio interés. Si solicitamos una extensión, le daremos notificación por escrito de cuál es la razón para ello. Le informaremos que es lo que usted necesita hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Departamento de Administración de los Cuidados para la Salud (DMHC)

El Departamento de Administración de los Cuidados de Salud de California (California Department of Managed Health Care) es responsable por la regulación de los planes de servicio para los cuidados de la salud. Si usted tiene una reclamación en contra de su plan de salud, debe primero llamar a su plan de salud al **1-866-270-5785, TTY 711**, y emplear el proceso de reclamaciones del plan antes de contactar al departamento (DMHC). Empleando este procedimiento de reclamaciones no suspende ninguno de los derechos o remedios potenciales que se encuentran disponibles para usted. Si usted necesita ayuda en relación a una emergencia, una reclamación que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una reclamación que no se ha resuelto por más de 30 días, usted puede llamar al departamento para solicitar asistencia. Usted también puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de una IMR le proveerá de una revisión imparcial de una decisión médica tomada por un plan de salud relacionada a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, decisiones acerca de la cobertura de tratamientos que son experimentales o de investigación y disputas acerca del pago de servicios de emergencia o de cuidados urgentes. El departamento tiene un número gratuito para llamadas

(1-888-HMO-2219) y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidad de audición y del habla. La dirección del departamento en internet para obtener formas de reclamación, solicitudes para IMR e instrucciones por internet es **<http://www.hmohelp.ca.gov>**

Si usted necesita ayuda con una reclamación relacionada a una emergencia, con una reclamación que no se ha resuelto satisfactoriamente por su plan o una reclamación que no se ha resultado por más de 30 días, puede llamar a DMHC para obtener asistencia.

Usted puede ser elegible para una **Revisión Médica Independiente (IMR)**. Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proveerá de una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud, relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuestos, decisiones acerca de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación y disputas por pago de servicios de emergencia o servicios médicos de urgencia.

El DMHC tiene un número para llamadas gratuitas **(1-888-HMO-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidad de audición y del habla. El sitio en internet de DMHC (**www.hmohelp.ca.gov**) tiene formas de reclamaciones, formas de solicitudes para IMR e instrucciones.

Revisión Médica Independiente para reclamaciones (IMR)

La Revisión Médica Independiente (IMR) es otro proceso de apelación que usted puede emplear cuando:

- UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. ha tomado la decisión de que un servicio para los cuidados de salud no es medicamente necesario, y
- Usted piensa que todo o parte de ese servicio para los cuidados de salud ha sido negado, cambiado o retrasado erróneamente. A esto se le conoce como *una disputa de un servicio para los cuidados de la salud*.

Usted puede aún solicitar una Audiencia del Estado si solicita una IMR. Sin embargo, usted no podrá emplear el proceso de IMR si ya ha solicitado una Audiencia del Estado.

La IMR se presenta ante el DMHC. Usted tiene hasta 6 meses a partir de la fecha de denegación para presentar una IMR. Incluida con la carta de denegación, usted recibirá información de cómo presentar una IMR. Usted puede contactar al DMHC llamando gratuitamente al **1-800-400-0815**.

No hay costos para una IMR. Usted tiene el derecho de presentar información de evidencia para apoyar su solicitud para una MRI. Después de presentar su solicitud para una IMR, una decisión suya

de no tomar parte en el proceso de una IMR, puede causar que usted pierda ciertos derechos legales para proseguir acción legal en contra del plan.

Para obtener más información acerca del proceso de una IMR, por favor contacte a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Cuando puede presentar una IMR.

Usted puede presentar una IMR si llena los siguientes requerimientos:

- Su doctor dice que usted necesita servicios para los cuidados de salud porque es una necesidad médica y han sido negados.
- Usted recibe servicios de cuidados urgentes o de emergencia, que se determinaron ser necesarios y fueron denegados; o
- Usted fue examinado por un doctor o PCP dentro de la red para un diagnóstico o tratamiento de una condición médica (aún si los servicios para los cuidados de salud no fueron recomendados por un proveedor dentro de la red);
- El servicio para el cuidado de la salud en disputa es negado, cambiado o retrasado por UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., basado en parte o en su totalidad por una decisión que opina que el servicio para el cuidado de salud no es medicamente necesario y
- Usted ha presentado una queja ante UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. y el servicio para el cuidado de salud todavía se le niega, continúa cambiado o sigue retrasado o la reclamación aún permanece sin resolución después de 30 días.
- Usted debe primero pasar a través del proceso de reclamación de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., antes de solicitar una IMR.
- Usted tiene hasta 6 meses a partir de la fecha en que se le negó la solicitud para presentar una IMR.
- La disputa será presentada a un especialista médico del DMHC para conocer si es elegible para una IMR. El especialista tomará una decisión independiente acerca de la validez del cuidado de ser o no medicamente necesario. Usted recibirá una copia de la decisión acerca de una MRI de parte del DMHC. Si es decidido que el servicio es medicamente necesario, **UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. proveerá el servicio para el cuidado de salud.**

Casos que no son urgentes.

Para los casos que no son urgentes, la decisión para una IMR debe ser hecha dentro de 30 días. El período de 30 días se inicia cuando su solicitud y toda la documentación es recibida.

Casos urgentes.

Si su reclamación es urgente y requiere de una revisión acelerada, usted debe comunicárselo al DMHC de inmediato. A usted no se le requerirá que participe en el proceso de reclamación ante UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.

Para casos urgentes, la decisión de una IMR será hecha dentro de tres (3) días hábiles a partir de la fecha en que su información fue recibida. Ejemplos de casos de urgencia incluyen:

- Dolor severo.
- Pérdida potencial de la vida, un miembro o funciones corporales mayores.
- Serio e inmediato deterioro de su salud.

Revisión Independiente Externa (EIR)

Usted puede solicitar una EIR a través del DMHC cuando un servicio médico, medicamento o equipo se niega porque es experimental o de investigación. Usted tiene hasta 6 meses para presentar una EIR, a partir de la fecha en que el servicio, medicamento o equipo fueron negados.

Usted puede proveer información al panel de EIR. El panel de EIR le comunicará la decisión por escrito dentro de 30 días a partir de la fecha en que su solicitud fue recibida. En casos urgentes, el panel de EIR le dará una decisión dentro de 3 días después de que su información fue recibida.

Usted puede presentar una EIR si llena los siguientes requisitos:

1. Usted padece una seria condición que “pone en peligro su vida” o es “debilitante” (por ejemplo un cáncer terminal).
2. Su doctor debe certificar que:
 - Los tratamientos estándar no fueron o no serán efectivos; o
 - Los tratamientos estándar fueron medicamente apropiados; o
 - El tratamiento propuesto será el más efectivo.
3. Su doctor certificará por escrito que el medicamento, equipo, procedimiento o terapia solicitada posiblemente trabajará mejor que el tratamiento estándar.
4. A usted se le ha negado un medicamento, equipo, procedimiento u otra terapia solicitada por su doctor.
5. Su doctor certificó por escrito basándose en ciertas evidencias médicas y científicas que el tratamiento solicitado es muy posible que ofrezca más beneficios para usted que los tratamientos estándar.
6. El tratamiento que pudiera haber sido cubierto como un beneficio por UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., se ha determinado que es experimental y de investigación.

Para obtener más información o ayudar con el proceso de una IMR o EIR o para pedir una forma de solicitud, por favor llame a UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.

¿Cómo presento una Audiencia Estatal?

Audiencias Estatales

Una audiencia estatal es una reunión de personas del Departamento de Servicios Sociales de California (DSS). Un juez le ayudará a resolver su problema. Usted puede solicitar una Audiencia Estatal solamente si previamente ya presentó una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan y si aún se encuentra insatisfecho con la decisión o si usted aún no recibe una decisión a su apelación después de 30 días.

Usted puede solicitar una Audiencia Estatal por teléfono o por correo. Usted debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los primeros 120 días calendario a partir de la fecha de la notificación que le informó de la decisión de su apelación. Su PCP puede solicitar una Audiencia Estatal para usted si él

o ella obtienen autorización del DSS. Llame a DSS para solicitar del Estado la aprobación de su PCP para que él o ella soliciten una Audiencia Estatal.

Para solicitar una Audiencia Estatal por teléfono, llame al Departamento de Servicios Sociales de California (DSS), Unidad de Respuesta Pública al **1-800-952-5253 (TTD 1-800-952-8349)**.

Para solicitar una Audiencia Estatal por correo, llene la solicitud que se le envió con la Notificación de la Resolución de Apelación. Envíela a:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 09-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Si usted necesita ayuda para solicitar la Audiencia Estatal, nosotros podemos brindársela. Le podemos ofrecer servicios de interpretación gratuitos. Llame al **1-866-270-5785 TTY 711**.

Durante la Audiencia usted declarará su versión de los hechos. Nosotros declararemos nuestra versión. Pueden para hasta 90 días para que el juez tome una decisión en su caso. Nosotros tenemos que obedecer lo que el juez decida.

Si usted ya tuvo una Audiencia Estatal, no puede solicitar una IMR. Pero si usted solicita una IMR primero y no está satisfecho con el resultado, usted aún puede solicitar una Audiencia Estatal.

Audiencias Estatales Aceleradas.

Usted o su proveedor tienen el derecho de solicitar una Audiencia Estatal Acelerada llamando, escribiendo o enviando un fax al: Department of Social Services, Expedited Hearing Unit, 744 P Street, MS19-65, Sacramento, CA 95814, Fax: 1-916-229-4267. UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., o su proveedor pueden indicar que el tiempo para una resolución estándar poner en serio peligro su vida, salud o la habilidad para mantener o ganar de nuevo su función máxima. Cuando la unidad de Audiencias Aceleradas determina que su apelación satisface el criterio para ser acelerada y cuando toda la información clínica necesaria se ha recibido por la unidad, la audiencia será programada. Si no llena el criterio, será programada para una Audiencia Estatal de rutina, como se ha descrito arriba.

Departamento de Servicios Para los Cuidados de Salud (DHCS) Programa Ombudsman de Cuidados Administrados por Medi-Cal

El Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud, (California Department of Health Care Services - DHCS) Programa Ombudsman de Cuidados Administrados por Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care Ombudsman) asiste en la conciliación de disputas entre los miembros de los Cuidados Administrados por Medi-Cal y sus planes de salud y también con los proveedores de los planes de salud; también atenta resolver esas disputas informales por fuera de los procesos de reclamaciones y apelaciones. Si usted desea emplear los servicios de DHCS para exponer sus preocupaciones o

reclamaciones, por favor llame al programa Ombudsman de Cuidados Administrados por Medi-Cal, al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, entre las 8:00 a.m. y 5:00 p.m. (hora del Pacífico). Usted también puede llamar gratuitamente al Servicio de Consumidores de DMHC HMO al número de teléfono 1-800-400-0815.

Información adicional

Cómo les pagamos a nuestros proveedores

UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. Inc., les paga a los proveedores por cada servicio cubierto que ofrecen a los miembros. A los proveedores se les paga de dos maneras:

- En bases de honorario por servicio — lo que significa que se les paga por cada uno de los procedimientos que llevan a cabo.
- Capitación — una cantidad fija mensual que cada miembro paga, si usted visita o no al proveedor.

UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. Inc., paga a los proveedores por servicios que requieren autorización previa, si usted o su doctor reciben la aprobación antes de que usted obtenga los servicios. Las decisiones de Administración de Utilización (Utilization Management - UM) se basan en las necesidades médicas y lo apropiado que sean los cuidados. Nosotros no ofrecemos ninguna recompensa por la negación de las coberturas. Nosotros no ofrecemos incentivos a nuestros empleados, doctores, o a nadie relacionado con nuestro plan para usar los beneficios de una manera inapropiada. Nosotros ofrecemos incentivos a los proveedores relacionados a las actividades clínicas que promueven la calidad de los cuidados preventivos, mejoran la administración de la población de pacientes en general y mejorar los cuidados del miembro individualmente. Si usted tiene preguntas acerca del proceso UM o acerca de una negación o de la forma en que a los proveedores se les remunera, llame gratuitamente a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Si usted recibe una factura médica

Usted puede recibir una factura que no debería de habersele enviado. Si a usted le llega una factura, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Nosotros le ayudaremos a saber si usted necesita pagar esa factura o si debe enviarla a nosotros. Es posible que usted tuviera que pagar esa factura si usted obtuvo cuidados sin nuestra autorización para médicos que no se encuentran dentro de nuestra red.

Si usted tiene otro seguro de salud

Si usted tiene otro seguro de salud, llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, para notificar a UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., que tiene otro seguro de salud.

Compensación de los Trabajadores

UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc., no pagará por lesiones que resulten de las actividades de trabajo las cuáles están cubiertas por la Compensación a los Trabajadores. Usted necesitará proveer toda la información necesaria para recuperar el costo de cualquier servicio provisto por UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.

Responsabilidad de Terceras

Si otra persona (una tercera parte) le causa una lesión, nosotros haremos los arreglos para los servicios que están cubiertos. El Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud en California (California Department of Health Care Services - DHCS) puede tratar de recuperar el costo de esos servicios de la tercera parte. DHCS puede requerir que usted les ayude con esta recuperación. Si usted obtiene dinero directamente de la tercera parte, debe pagar a DHCS por el valor de los servicios que nosotros le brindamos y pagamos por ellos.

Cambiando su plan de salud

Usted puede dejar a UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. e inscribirse en otro plan de salud en el momento en que lo desee. Llame a Opciones del Plan de Salud (Health Care Options) al **1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077)** para escoger a un nuevo plan. Puede llamar entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m. de lunes a viernes si tiene cualquier pregunta o acudir en internet a: <http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>.

Si quiere dejar a UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. más pronto, puede solicitar a Opciones para los Cuidados de Salud ser dado de baja de manera acelerada (forma expedita). Si sus razones llenan los requerimientos para ser dado de baja expeditamente, usted recibirá una carta comunicándole que ha sido dado de baja. Las razones para calificar para ello son necesidades especiales de cuidados para la salud, incluyendo un trasplante mayor de órganos. Otras razones para calificar pueden también incluir recibir servicios dentro de los programas Cuidados de Acogida o Asistencia por Adopción (Foster Care or Adoption Assistance), estar inscrito en Medi-Cal, Medicare, u otro plan comercial de administración para los cuidados o mudándose fuera de su actual condado.

Usted puede solicitar dejar a UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. en persona en la oficina local de Recursos Humanos en su condado. Usted puede localizar la dirección de su oficina

local en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> o llame al 1-800-300-1506 para contactar a Covered California.

Darse de baja Involuntariamente.

Usted perderá la cobertura de los cuidados administrados con nosotros, pero no necesariamente sus beneficios de Medi-Cal, si ocurre cualquiera de lo siguiente:

- Usted se muda permanentemente del área de servicio.
- Usted deja de ser elegible para Medi-Cal.
- Usted es un residente del condado de Sacramento y se encuentra recibiendo cuidados a largo plazo, cuidados de enfermería especializada o en una institución de cuidados intermedios por un período más largo de un mes después de su admisión más el siguiente mes. Esos servicios son cubiertos dentro de Medi-Cal regular (programa de pago-por-servicio).
- Su doctor determina que usted necesita un trasplante mayor de órgano, diferente a un trasplante de riñón. Esos servicios son cubiertos dentro de Medi-Cal regular (programa de pago-por-servicio).

Si usted es dado de baja del plan de salud, le enviaremos una carta. Usted puede presentar una apelación por haber sido dado de baja. Para más información, vea la sección Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias Estatales (Grievances, Appeals and State Hearings) en este manual. Usted también puede llamar gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Consentimiento informado

Consentir significa decir “sí” a un tratamiento. Un consentimiento informado significa que:

- El tratamiento le fue explicado y usted lo comprendió.
- Usted dijo “sí” antes de recibir cualquier tratamiento.
- Usted puede necesitar decir “sí” por escrito.
- Si usted no desea el tratamiento, su PCP le informará acerca de otras opciones.
- Usted tiene el derecho de decir “sí” o “no”.

Donación de órganos

Si usted desea ser un donador de órganos o tejidos en el evento de su fallecimiento, contacte al Departamento de Vehículos de Motor de California (California Department of Motor Vehicles - DMV) al 1-800-777-0133 o (TTY 1-800-368-4327).

Directivas Avanzadas

Usted tiene el derecho de tomar decisiones aun cuando no pueda hablar por sí mismo. Usted necesita hacer una directiva avanzada. De esa manera, su doctor conocerá que es lo que usted quiere que se

haga o no se haga si usted no puede decirlo. Un testamento en vida y una carta poder son dos tipos de directivas avanzadas.

Testamentos en vida.

Un testamento en vida le permitirá declarar cuáles son sus deseos acerca de los cuidados médicos si usted está terminalmente enfermo, con pérdida del conocimiento permanente o en un estado vegetativo y no puede tomar decisiones por usted mismo.

Una carta poder para los cuidados de salud.

Una carta poder para los cuidados de salud le permite nombrar a otra persona para que tome decisiones por usted si no puede expresarlas usted mismo. Esto puede incluir decisiones acerca de los sistemas para el soporte vital. La persona que usted nombra puede hablar en su lugar en cualquier momento cuando usted ya no puede tomar sus propias decisiones médicas y no solamente al final de su vida. Visite **UHCCommunityPlan.com** para conocer más o para descargar las formas para las directivas avanzadas.

Privacidad de sus récords

UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. toma seriamente los asuntos y leyes de la privacidad. Hay salvaguardas establecidas para proteger la información pertinente a usted. Nosotros no compartimos información privada sin tener su consentimiento por escrito, a menos que haya una razón legal.

Acta de Americanos con Discapacidades

El Acta de Americanos con Discapacidades (ADA) prohíbe la discriminación en base de la discapacidad. El Acta requiere que UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., y sus contratistas realicen adaptaciones razonables para los miembros con discapacidades. Llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**, si usted no puede localizar a un doctor que llene sus necesidades.

Reclamaciones de acceso para discapacitados: Usted puede presentar una reclamación ante UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., si piensa que el plan o sus doctores no han cumplido satisfactoriamente con sus necesidades de acceso para los discapacitados. Para más información, por favor vea la sección de Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias Estatales (Grievances, Appeals, and State Hearings) en este manual o llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**.

Política de no discriminación

Los miembros de UnitedHealthcare tienen el derecho de obtener cuidados de salud sin importar cuál es su edad, color, sexo, raza, religión, orientación sexual, acervo cultural, discapacidades físicas o mentales, nacionalidad o información genética. Cualquier miembro que piense que ha sido

discriminado debe presentar una reclamación (queja). Para obtener información acerca de cómo presentar una reclamación, vea la sección de Reclamaciones, Apelaciones y Audiencias Estatales (Grievances, Appeals, and State Hearings) en este manual o llame gratuitamente a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-270-5785, TTY 711**. Queremos asegurar que todos nuestros miembros son tratados de manera justa.

Nuevas tecnologías

Nosotros buscamos y revisamos nuevas tecnologías que incluyan nuevos tratamientos, medicamentos aparatos y procedimientos. Para hacer esto, leemos reportes científicos, información gubernamental e información de la comunidad médica. Hacemos esto para poder decidir si daremos cobertura a la nueva tecnología. Los miembros y los proveedores pueden también preguntarnos qué revisemos nuevas tecnologías.

Glosario/Términos Importantes

Labor activa: Un parto en el momento en que: (1) hay tiempo inadecuado para transferirle de manera segura a otro hospital antes del nacimiento; o (2) una transferencia puede amenazar la salud y seguridad de usted y del bebé por nacer.

Centro para cuidados de adultos durante el día (Adult Day Health Care - ADHC): Una organización de programas terapéuticos, sociales y actividades de salud y servicios que se proveen para personas de cincuenta y cinco (55) años o mayores o para otros adultos con discapacidades funcionales, ya sean físicas o mentales, con el propósito de restaurar o mantener una capacidad óptima para los auto-cuidados.

Directiva avanzada (Advance Directive): Una decisión que una persona toma por adelantado acerca de sus cuidados de salud, en caso de que esta persona no pueda hablar por ella misma. La directiva avanzada le deja saber a la familia y a los doctores que decisiones esta persona quiere que se lleven a cabo.

SIDA (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida): Una enfermedad crónica que potencialmente pone en peligro la vida, causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Acta de Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act - ADA): Una ley federal que prohíbe la discriminación en base a la discapacidad.

Servicios de Ambulancia: Vea transporte de emergencia.

Apelación (Appeal): Una solicitud para una revisión de la Notificación de Determinación Adversa de un Beneficio (NABD).

Autorización: Un visto bueno o aprobación para un servicio. Vea también Autorización Previa.

Beneficios: Servicios, procedimientos y medicamentos que UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., Medi-Cal, u otro programa Estatal o Federal cubrirán (pagarán) por usted.

Tarjeta BIC: Vea Tarjeta de Identificación para los beneficios de Medi-Cal.

Braille: Un sistema de escritura al tacto, empleado por personas con discapacitación visual.

Servicios para Niños en California (California Children's services - CCS): Programa para la salud pública que asegura que se ofrezcan servicios de diagnóstico especiales, tratamientos y terapias a los niños finacial y médicamente elegibles que son menores de veintiún (21) años, con condiciones CSS de elegibilidad.

Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud de California (California Department of Health Care Services - DHCS): Agencia estatal de California que es responsable por el programa Medi-Cal.

Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud de California, Oficina de Planificación Familiar (California Department of Health Care Services Office of Family Planning – OFP): Vea Oficina de Planificación Familiar.

Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud de California, Oficina de Ombudsman (California Department of Health Care, Services Ombudsman Office) : Vea Programa Ombudsman de Cuidados Administrados de Medi-Cal.

Departamento de Cuidados Administrados de California (California Department of Managed Care – DMHC): La agencia Estatal de California responsable para la regulación de los planes de servicios para los cuidados de salud.

Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services – CDSS): Responsable por la supervisión y administración de los programas sirviendo a los residentes más vulnerables de California.

Programas para la Administración de los Cuidados (Care Management): Programas de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., que proveen un enfoque holístico para ayudar a los miembros a tener vidas más sanas, incluyendo programas para los problemas respiratorios y el asma, cuidados cardíacos, cuidados diabéticos, cuidados de trasplante, cuidados de HIV/SIDA y cuidados para embarazos de alto riesgo.

Administradores de Cuidados (Care Managers): Personas dentro de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. que brindan apoyo y ayudan a la educación de los miembros informándoles de quienes son ellos dentro de un programa de administración de cuidados.

Cesárea (C-Section): Nacimiento por cirugía abdominal de la madre para extraer al bebé.

Enfermera Partera Certificada (Certified Nurse Midwife - CNM): Practicante médica que no es un doctor, que esta licenciada como una enfermera registrada y certificada como enfermera partera por la Junta de Especialidad de Enfermería Registrada.

Enfermera Practicante Especializada (Certified Nurse Practitioner): Una enfermera registrada que ha completado un programa de entrenamiento avanzado en una especialidad médica.

Programa para la Salud de Niños y Prevención de la Discapacitación (Child Health and Disability Prevention program - CHDP): Un programa preventivo del Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud de California - DHCS (California Department of Health Care Services) que ofrece evaluaciones y servicios periódicos de salud a niños y jóvenes de bajos ingresos en California.

Programa Preventivo del Envenenamiento por Plomo en la Niñez (Childhood Lead Poisoning Prevention - CLPPP): Provee servicios a la comunidad con el propósito de aumentar la concientización acerca de los riesgos a la exposición al plomo, reduciendo esa exposición e incrementando el número de niños evaluados y analizados apropiadamente con pruebas sanguíneas por la presencia de plomo.

Servicios para adultos basados en la comunidad (Community-Based Adults Services - CBAS): Un programa del Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud e California - DHCS para pacientes ambulantes (California Department of Health Care Services for outpatients) de servicios basados en una institución que ofrece cuidados de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidados personales, entrenamiento y apoyo a familiares y cuidadores, alimentos y transporte a los beneficiarios de Medi-Cal.

Departamento de la Defensa (Department of Defense – DOD): Vea Departamento de la Defensa de los Estados Unidos.

Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs - VA): Vea departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.

Manual de Diagnóstico y Estadísticas para las Enfermedades Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM): Clasificación estándar de los desórdenes mentales empleado por los profesionales de la salud mental en los Estados Unidos.

Darse de baja (Disenrollment): Suspender su membresía en UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. Darse de baja puede hacerse voluntariamente (por solicitud el miembro) o involuntariamente (sin importar los deseos del miembro).

DOD (Department of Defense): Vea Departamento de la Defensa de los Estados Unidos.

Equipo Médico Durable (Durable Medical Equipment): Equipo médicamente necesario que se emplea múltiples veces por una persona que está enferma o lesionada, es seguro para emplearse dentro o fuera del hogar y generalmente no es útil para personas que no están enfermas o lesionadas.

Carta Poder para los Cuidados de la Salud (Durable Power of Attorney for Health Care): Le permite a una persona nombrar a otra para que tome las decisiones médicas, cuando la persona no puede comunicarse por sí misma. Esto incluye decisiones acerca del soporte vital.

Programa de Inicio Temprano (Early Start Program): Un programa que consiste de un equipo de coordinadores de servicios, proveedores de los cuidados de salud, especialistas de intervenciones tempranas, terapeutas y especialistas en recursos para los padres, que valoran y evalúan a infantes y niños pequeños y proveen intervención temprana apropiada y servicios de apoyo a familiares de niños que califiquen desde el nacimiento hasta los tres (3) años de edad.

Cuidados de Emergencia (Emergency Care): Cuidados médicos recibidos cuando se tiene una condición médica de emergencia.

Condición médica de emergencia (Emergency Medical Condition): Una condición médica o psiquiátrica que presenta síntomas muy severos, como por ejemplo una labor activa (vea la definición más arriba) o dolor severo y que una persona prudente sin conocimiento de salud o de medicina puede razonablemente pensar que si no se aplica atención médica de inmediato, pudiera suceder lo siguiente:

- Poner en serio peligro la salud de usted o de su bebé por nacer.
- Causar una discapacidad a una función corporal.
- Causar que una parte del cuerpo o un órgano no funcione correctamente.

Sala de Emergencia (Emergency room - ER): Un área en una institución de cuidados para la salud empleada para proveer tratamiento rápido a víctimas de un trauma o enfermedad súbitas.

Servicios de Transporte de Emergencia (ambulancias) (Emergency Transportation - Ambulance Services): Los servicios de transportación de emergencia se proveen a través del sistema de respuesta a emergencias “911”, típicamente por ambulancia.

Nutrición enteral (Enteral Nutrition): Término médico para la alimentación por sonda.

Revisión Independiente Externa (External Independent Review - EIR): Un proceso del Departamento de Administración de Cuidados de Salud para la revisión para ciertas disputas en los servicios para los cuidados de la salud.

Servicios de Planificación Familiar (Family Planning Services): Servicios cubiertos para ayudar a las personas a conocer y planificar el número de hijos y el tiempo entre cada uno que ellos quieren, empleando el control de la natalidad.

FDA Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (United States Food and Drug Administration): Vea United States Food and Drug Administration (FDA).

Federal: Los Estados Unidos de América.

Centro de Salud Federal Calificado (Federally Qualified Health Center - FQHC): Un centro de salud que recibe fondos de parte del gobierno federal para proveer cuidados de salud en áreas que no tienen muchos servicios para los cuidados de la salud.

Pago-por-Servicio (Fee-For-Service - FFS): Un método de pago basado en la unidad o por la facturación de procedimiento por servicios brindados a un miembro.

Pago-por-Servicio Medi-Cal (Fee-for-Service Medi-Cal): El componente del programa Medi-Cal en donde los proveedores de Medi-Cal son pagados directamente por sus servicios por el Estado de California. También conocido como Medi-Cal “regular”.

Administración de Alimentos y Medicamentos - FDA): Vea Estados Unidos Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Formulario (Formulary): Una lista de los medicamentos aprobados que se prescriben.

Reclamación (Grievance): Una expresión de insatisfacción (una queja) acerca de cualquier situación excepto una NABD.

Opciones para los Cuidados de Salud (Health Care Options): El programa del Estado de California que inscribe y da de baja a los miembros de Medi-Cal dentro de los planes de Administración de los Planes de Cuidados y que ayuda a los miembros de Medi-Cal a escoger o a cambiar los Planes de Administración para los Cuidados.

HIV - Virus de la Autoinmuno Deficiencia Humana (HIV – Human Immunodeficiency Virus): Una infección que es transmitida a través del sexo, contacto con sangre infectada o de madre a hijo durante la preñez, en el momento del parto o por alimentación dando el pecho y es la causa del SIDA.

Hospicio (Hospice): Cuidados y servicios que se proveen en el hogar o en una institución para personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad terminal y tienen un período de vida de 12 meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal.

Dentro de la red (In-Network): Doctores, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que tiene un acuerdo con UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. para brindar los cuidados a sus miembros.

Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review): Un proceso del Departamento de Administración de Cuidados de California para la revisión en disputas de ciertos servicios para los cuidados de salud.

Centros de Salud para Nativos Americanos (Indian Health Centers): Una institución que brinda servicios a los Nativos Americanos.

Paciente hospitalizado (Inpatient): Cuando usted es admitido a un hospital o cuando obtiene servicios después de ser admitido a un hospital.

Institución para Cuidados Intermedios (Intermediate Care Facility - ICF): Una institución con licencia para proveer servicios las veinticuatro (24) horas del día, para las personas con discapacidades del desarrollo y para personas que necesitan habilitación, cuidados de enfermería o cuidados continuos de enfermería.

Centro de Atención Intermedia para Discapacitados del Desarrollo (Intermediate Care Facility for the Developmentally Disabled - ICF-DD): Una institución con licencia para proveer las veinticuatro (24) horas del día servicios para las personas con discapacidad del desarrollo.

Testamento en Vida (Living Will): Un testamento que le permite a la persona comunicar sus deseos acerca de sus cuidados médicos si es una enfermedad terminal, se encuentra permanentemente inconsciente o en un estado vegetativo y no puede ya tomar decisiones por sí misma.

Agencia Local de Educación (Local Education Agency LEA): Es una agencia de servicios que provee ciertos servicios de evaluación de salud a través de las escuelas.

Cuidados a largo Plazo (Long-Term Care): Cuidados en un establecimiento por un período de tiempo más largo de un mes a partir del mes de admisión.

Medicaid: Es el programa Federal y Estatal de seguro para la salud para personas de bajos ingresos y personas necesitadas. Este programa recibe fondos del Estado y del Gobierno Federal. En California al programa Medicaid se le llama “Medi-Cal.”

Medi-Cal: Es el programa de cobertura para la salud de Medicaid. En California es el programa para cubrir la salud por Medicaid. Este programa recibe fondos del Estado y del Gobierno Federal.

Tarjeta de Identificación para los Beneficios de Medi-Cal (llamada “BIC card”) (Medi-Cal benefits Identification Card): Esta tarjeta de plástico se le envía todas las personas que son elegibles para Medi-Cal. Todos los proveedores de Medi-Cal usan la tarjeta BIC para comprobar la elegibilidad.

Plan para los Cuidados de Salud Administrados por Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care Health Plan): Una organización con doctores, especialistas, clínicas, farmacias y hospitales que provee servicios de cuidados para la salud a sus miembros.

Programa Ombudsman de Cuidados Administrados por Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care Ombudsman Program): Programa Ombudsman de Cuidados Administrados por Medi-Cal, (Medi-Cal Managed Care Ombudsman) asiste en la conciliación de disputas entre los miembros de los Cuidados Administrados por Medi-Cal y sus planes de salud y también con los proveedores de los planes de salud e intenta resolver esas disputas informalmente por afuera de procesos de reclamación formal y apelación.

Médicamente Necesario/Necesidad Médica (Medically Necessary/Medical Necessity): Son todos los servicios cubiertos que son razonables y necesarios para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades significativas o para aliviar el dolor severo a través del diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, padecimientos o lesiones.

Medicare: Un programa Federal de seguro, principalmente para personas que tienen 65 o más años.

Miembro (Member): Una persona que es elegible, inscrita en Medi-Cal con UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc.

Departamento de Servicios para Miembros (Member Services Department): Un departamento dentro del UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., que puede responder a sus preguntas y ayudar a los miembros que emplean los servicios y beneficios de Medi-Cal.

Servicios de consentimiento para menores (Minor Consent Services): Esos servicios cubiertos de naturaleza sensitiva para menores que no necesitan de consentimiento de los padres para recibirse y están relacionados a: (1) asalto sexual, incluyendo violación, (2) abuso de drogas y alcohol para niños de doce (12) años de edad o mayores, (3) embarazo, (4) planificación familiar, (5) enfermedades sexualmente transmitidas (STD) para niños de doce (12) años de edad o mayores y (6) cuidados de salud mental para pacientes ambulatorios para niños de doce (12) años de edad o mayores, quienes son lo suficientemente maduros para participar inteligentemente y en donde existan (a) peligro de un serio daño física o mental a los menores o a otros o (b) los niños son presuntamente víctimas de incesto o abuso de menores.

Instituto Nacional de Salud (National Institutes of Health - NIH): Una agencia Federal que conduce investigación médica.

Clínica de Salud para Nativos Americanos: Una clínica que provee servicios para nativos americanos.

Servicios de transportación médica que no es una emergencia (Non-Emergency Medical Transportation Services - NEMT): Transportación a una institución médica para miembros que no pueden emplear transportes regulares (autobuses, autos, trenes, etc.) debido a una condición física o médica.

Servicios de transportación que no son médicos o emergencias (Non-Emergency Non-Medical Transportation Services): El transporte a una cita médica para miembros que no pueden acudir por ellos mismos a la cita, porque el miembro se recupera de un procedimiento médico o una lesión severa y el miembro no tiene ninguna otra forma de llegar a la cita.

Notificación de una Determinación Adversa de un Beneficio (Notice of Adverse Benefit Determination - NABD): Es una notificación que se envía por UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., cuando UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. deniega o limita un servicio médico, reduce o termina el pago de un servicio que el miembro se encuentra recibiendo, falla en no autorizar un servicio dentro de los límites de tiempo requeridos o falla en tomar una decisión acerca de una reclamación o apelación en el período de tiempo requerido.

Línea de Enfermeras (NurseLineSM) Es un servicio provisto por UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. para sus miembros que ofrece una variedad de información y recursos. Tiene enfermeras registradas que ofrecen información y apoyo a los miembros cuando tienen preguntas o preocupaciones.

Médicos obstetras/ginecólogos (OB/GYN): Vea Obstetricia.

Obstetricia (OB/GYN): Una especialidad médica y quirúrgica que provee servicios completos para las mujeres a través de sus vidas, incluyendo cuidados para las adolescentes, cuidados de embarazo y cuidados durante la menopausia.

Oficina de Planificación Familiar (Office of Family Planning - OFP): Parte del Departamento de Servicios para los Cuidados de Salud de California (DHCS), la Oficina de Planificación Familiar provee a las personas con los medios con los cuáles deciden el número, el tiempo e intervalo de sus hijos.

Programa Ombudsman: Vea Programa Ombudsman para los Cuidados Administrados de Medi-Cal.

Fuera-de-la-red (Out-of-Network): Doctores, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que no tienen un acuerdo con UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., para dar cuidados a sus miembros.

Paciente ambulante (Outpatient): Cuando usted tiene un procedimiento que no requiere de una estadía por la noche en el hospital.

Tarjeta de identificación del plan (Plan ID Card): Vea Tarjeta de Identificación del Plan UnitedHealthcare Community Plan.

Servicios de cuidados preventivos para la salud (Preventive Health Care Services): Servicios de cuidados para la salud designados para prevenir las enfermedades y/o sus consecuencias.

Servicios de post-estabilización (Post-Stabilization Services): Servicios que usted recibe después que su condición de emergencia se ha estabilizado.

Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider - PCP): El doctor de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., que provee la mayoría de las necesidades de salud al miembro. Este puede ser un doctor de práctica familiar, medicina en general, internista, pediatra o de otro tipo. Las mujeres pueden escoger a un OB/GYN como su proveedor de atención primaria.

Autorización Previa (Prior Authorization): Un proceso formal cuando un doctor presenta una solicitud por los servicios, para obtener aprobación de los servicios por adelantado antes de brindar el cuidado al miembro.

Proveedor o Doctor (Provider or Practitioner): Una persona o institución que ofrece los cuidados (doctor, especialista, farmacia, dentista, clínica, hospital, etc.)

Directorio de Proveedores (Provider Directory): Una lista de proveedores que participan con UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., para proporcionar a sus miembros los cuidados de salud que necesitan.

Condición médica de emergencia psiquiátrica (Psychiatric Emergency Medical Condition): Un desorden mental manifestado por síntomas agudos que lo ponen a usted (1) en un inmediato peligro a usted o a otros; o (2) inmediatamente incapacitado para proveer para o utilizar alimentos, albergue o vestimentas.

Comité de Políticas Público/Comité de Asesoría Comunitaria (Public Policy Committee/Community Advisory Committee): Un comité de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., que trabaja para asegurar el confort, dignidad y conveniencia de los miembros, discute asuntos que atañen a los miembros y crea políticas.

Referencia (Referral): Un proceso por el cual su PCP le manda a consulta con un especialista.

Medi-Cal Regular (Regular Medi-Cal): Vea Pago-por-Servicio.

Departamento de Recursos Humanos del Condado de Sacramento (Sacramento County Department of Human Assistance): Provee una amplia gama de servicios de salud y sociales, promoviendo el bienestar, auto-suficiencia y una mejor calidad de vida para todos los individuos y familias en el Condado de Sacramento.

Departamento de Salud y Recursos Humanos de San Diego (San Diego Department of Health and Human Services): Provee una amplia gama de servicios de salud y sociales, promoviendo el bienestar, auto-suficiencia y una mejor calidad de vida para todos los individuos y familias en el Condado de San Diego.

Plan de Salud Mental para los Condados de San Diego o Sacramento (San Diego or Sacramento County Mental Health Plan): Un programa de salud mental del condado, que provee ciertos servicios para la salud mental a los miembros elegibles de Medi-Cal.

Examen y Breve Intervención (Screening and Brief Intervention): Un acercamiento completo, integrado para proporcionar una intervención temprana a personas con riesgo de desarrollar desórdenes por el abuso de sustancias.

Área de Servicio (Service Área): Los condados de Sacramento o San Diego.

Institución de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility): Una institución con licencia para proveer cuidados de enfermería especializada, servicios de rehabilitación u otros servicios relacionados para la salud a pacientes hospitalizados.

Especialista (Specialist): Un doctor u otros profesionales de los cuidados para la salud, certificado por una Junta de Especialidad, acreditado o de cualquier otra forma reconocido por una junta de doctores o grupo de colegas similar, como teniendo una especial habilidad en cierta área de la práctica, para tratar un problema especial de la salud.

Proveedor de Salud Mental Especializado (Specialty Mental Health Provider): una persona o entidad que es licenciado, certificado o de otra forma reconocido o autorizado por la ley Estatal que gobierna las artes médicas, para proveer Servicios de Especialidad para la Salud Mental y que llena los requerimientos estándar para participar en el programa de Medi-Cal.

Servicio Especial de Salud Mental (Specialty Mental Health Service):

- Servicios de Rehabilitación que incluyen servicios para la salud mental, servicios de apoyo con los medicamentos, tratamientos intensivos diarios durante el día de rehabilitación intensa, intervención de crisis, estabilización de crisis, servicios de tratamiento en residencia para adultos, servicios en residencia para crisis y servicios de psiquiatría en un establecimiento para la salud.
- Servicios de psiquiatría para pacientes hospitalizados.
- Administración de caso específico
- Servicios de psiquiatría.
- Servicios de psicólogo.
- Servicios para la detección, diagnóstico y tratamientos tempranos y periódicos (EPSDT), servicios especializados suplementados para la salud mental.

Estado (State): El Estado de California.

Audiencia Estatal (State Hearing): Un proceso del Departamento de Cuidados Administrados de California, para la revisión de disputas de ciertos servicios para los cuidados de la salud.

Institución para Cuidados Sub-Agudos (Sub-Acute Facility): Una institución que provee un nivel de cuidados necesarios para una persona que no se encuentra hospitalizada, pero que necesita de más cuidados que los que ofrece un establecimiento de enfermería especializada.

Administración de Casos Específicos (Targeted Case Management): Servicios que asisten a los miembros de Medi-Cal dentro de grupos específicos para ganar acceso a necesidades médicas, sociales, educacionales y a otros servicios.

Aparato para las Telecomunicaciones para Personas con Discapacidades de Audición (Telecommunications Device for the Deaf - TDD): Un aparato especial requerido en ambos sitios de

comunicación que les permite a las personas que son sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla, usar un teléfono para comunicarse. A esto se le llama también Teletipo (TeleType - TTY).

Servicio de Retransmisión para las Telecomunicaciones (Telecommunications Relay Service - TRS): Un servicio telefónico que permite a las personas con discapacidades de audición o del habla hacer o recibir llamadas telefónicas.

Teletipo (TeleType - TTY): Un aparato especial que se requiere tener en ambos sitios de comunicación para permitir que las personas que son sordas o con discapacidades de la audición o del habla usen un teléfono para comunicarse. A esto también se le llama aparato de telecomunicaciones para sordos (TDD).

Responsabilidad de Terceras partes (Third Party Liability): Dentro de la ley, es cuando una tercera persona es responsable.

Medi-Cal Transicional (Transitional Medi-Cal - TMC): La cobertura del seguro de salud transicional de Medi-Cal es para familias que ya no califican para la ayuda monetaria de CalWORKs o para Medi-Cal, es para familias de bajos ingresos tomando en cuenta sus ingresos provenientes del trabajo. Todos los miembros de la familia aún pueden obtener Medi-Cal sin costo hasta por 12 meses.

Tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc. (también llamada Tarjeta ID del Plan): Es la tarjeta de identificación que UnitedHealthcare Community Plan de California, Inc., le ha dado cuando se inscribió en el plan.

Departamento de Defensa de los Estados Unidos (United States Department of Defense - DOD): Es la agencia Federal a cargo de las fuerzas militares de los Estados Unidos.

Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos (United States Department of Veterans Affairs - VA): Es la agencia Federal que es responsable por asistir a los veteranos y a sus familias.

Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (United States Food and Drug Administration - FDA): Una agencia Federal responsable para la protección de la salud pública, la seguridad, efectividad, calidad y seguridad de medicamentos humanos y veterinarios, vacunas y otros productos biológicos, aparatos médicos, cosméticos, suplementos dietarios, productos que emiten radiación y la mayoría de los suplementos alimenticios de los Estados Unidos, así como la regulación de productos de tabaco.

Cuidados Urgentes (Urgent Care): Servicios que son necesarios para prevenir una seria declinación de la salud después de condición médica o lesión inesperadas.

Administración de Utilización (Utilization Management - UM): Un método empleado para alentar la más alta calidad de cuidados, en el mejor de los entornos y con el proveedor más apropiado.

Programa de Vacunación para Niños (Vaccines for Children Program): Un programa financiado por el Gobierno Federal que provee vacunas gratuitamente para los niños que son elegibles, incluyendo niños elegibles dentro de Medi-Cal de dieciocho (18) años o menores y distribuyendo actualizaciones de las inmunizaciones e información relacionada a los proveedores participantes.

Programa Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children Program - WIC): Un programa del Estado para la nutrición que ayuda a las mujeres embarazadas, nuevas madres y a niños pequeños a comer bien y a mantenerse saludables.

Compensación de los Trabajadores (Worker's Compensation): Provee cobertura para los empleados que se han lastimado o enfermado en el trabajo, debido a sus actividades de trabajo.

Otros detalles del plan

AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SE PODRÍA USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA. EXPLICA CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.

Vigente a partir del 1º. de enero de 2016.

Nosotros¹ por ley debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, HI). Deberemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su HI.
- Cuándo podemos compartir su HI con otros.
- Qué derechos tiene sobre el acceso a su HI.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

En este aviso, “información de salud” (HI) se refiere a la información relacionada con su salud o sus servicios de atención médica que se puede usar para identificarlo. Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, le enviaremos un aviso por correo o por correo electrónico, si la ley lo permite. Si mantenemos un sitio web para su plan de salud, también publicaremos el nuevo aviso en ese sitio **myuhc.com/CommunityPlan**. Tenemos el derecho a hacer que los cambios se apliquen a la HI que tengamos y a la información que recibamos en el futuro. Cumpliremos con la ley y le proporcionaremos una notificación de una violación de su HI.

Recopilamos y mantenemos su HI para que podamos llevar nuestro negocio. HI puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su HI a nuestros empleados y proveedores de servicios que manejan su cobertura y proveen servicios. Tenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento por las normas federales para proteger su HI.

Cómo usamos o compartimos su información.

Tenemos que usar y compartir su HI con:

- Usted o su representante legal.
- El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services).

Tenemos derecho a utilizar y compartir su HI para ciertos propósitos. Esto debe ser para su tratamiento, para el pago de su atención y para nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podríamos usar y compartir su HI:

- **Para pagos.** Podemos usar o compartir su HI para procesar los pagos de primas y reclamaciones. Esto también puede incluir la coordinación de beneficios. Por ejemplo, podemos decirle a su médico si usted es elegible para la cobertura y cuánto de la factura podría estar cubierto.
- **Para tratamiento o manejo de la atención.** Podríamos compartir su HI con proveedores para ayudarles a que le brinden atención.
- **Para operaciones de atención médica relacionadas con su atención.** Podríamos recomendar un programa de manejo de enfermedades o de bienestar. Podríamos estudiar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios.
- **Para informarle sobre programas o productos de salud.** Podríamos decirle sobre otros tratamientos, productos o servicios. Estas actividades podrían estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podríamos proporcionar información sobre las inscripciones y cancelaciones de inscripción y un resumen de HI al patrocinador de su plan de empleadores. Podríamos proporcionarles otra HI si acceden en limitar su uso de acuerdo con las leyes federales.
- **Por razones de respaldo.** Podemos usar su HI para tomar decisiones de respaldo, pero no utilizaremos su HI genética para fines de respaldo.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos utilizar su HI para enviarle información sobre sus beneficios de salud o sus cuidados y recordatorios para citas con el doctor.

Podríamos usar o compartir su HI de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas relacionadas con su atención.** Podría tratarse de algún familiar suyo. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Por ejemplo, en casos de emergencia o si usted acepta o no objeta cuando se le pregunta. Si no puede objetar, usaremos nuestro mejor criterio. Si usted fallece, podemos compartir HI con familiares o amigos que ayudaron con su atención médica antes de su muerte a menos que hacerlo iría en contra de los deseos que había compartido con nosotros antes de su muerte.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para informar sobre maltratos, abandono o violencia doméstica.** Podremos compartirla con entidades autorizadas por la ley para recibir esta HI. Podría tratarse de una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia que cuente con el permiso legal para obtener la HI. Esto podría ser en el caso de investigaciones sobre licencias, auditorías, fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para aplicar la ley.** Para encontrar una persona desaparecida o denunciar un delito.

- **Para prevenir amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso de las fuerzas armadas o de los servicios a veteranos de guerra, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para compensación de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar una enfermedad o discapacidad, según lo permita la ley.
- **Para proporcionar información sobre defunciones.** Podría ser para el médico forense o para el examinador médico. Para identificar a la persona fallecida, descubrir la causa de la muerte o según lo indique la ley. Podríamos proporcionar la HI a los directores de funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para instituciones penitenciarias o para las fuerzas del orden público.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles atención médica; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales en caso de que sea necesario para que le proporcionen servicios.** Nuestros socios están de acuerdo en proteger su HI. No se les permite usar la HI, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales podrían limitar el uso y la divulgación de HI altamente confidencial. Esto podría incluir leyes estatales sobre:
 1. VIH/SIDA.
 2. Salud mental.
 3. Pruebas genéticas.
 4. Abuso de alcohol y drogas.
 5. Enfermedades de transmisión sexual (STD) y salud reproductiva.
 6. Maltrato, agresión sexual o abandono de menores o adultos.

Si se aplican leyes más estrictas, aspiramos a cumplir esas leyes. Se adjunta un documento de “Enmiendas federales y estatales” que describe las leyes con más detalle.

Salvo lo que se indica en este aviso, solamente usaremos su HI con su consentimiento por escrito. Esto incluye obtener su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia acerca de usted, para vender su HI a otras personas, o para usar su HI para ciertos propósitos promocionales. Si nos permite que compartamos su HI, no le prometemos que el receptor no la compartirá. Puede retirar su consentimiento, a menos que ya hayamos actuado de acuerdo con tal consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Sus derechos.

Tiene derecho a:

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información relacionada con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas involucradas en su atención médica o en el pago de dicha atención. Podríamos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Solicitar comunicaciones confidenciales** en una forma o lugar distintos. (Por ejemplo, en un apartado postal, no en su casa). Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerse por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo.
- **Para ver u obtener una copia** de la HI que usamos para tomar decisiones con respecto a usted. Deberá hacer la solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo. Si mantenemos registros electrónicos, tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia electrónica a usted o a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que su HI está equivocada o incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá hacer la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, podría agregar su desacuerdo a su HI.
- **Recibir una lista** de su HI compartida durante los seis años previos a su solicitud. Esto no incluirá ninguna HI compartida: (i) para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o del orden público. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia en cualquier momento. Incluso si acepta recibir este aviso por medios electrónicos, tiene derecho a recibir una copia impresa. Si mantenemos un sitio web para su plan de salud, podría obtener una copia en nuestro sitio web: myuhc.com/CommunityPlan.

Usando sus derechos.

- **Para contactar a su plan de salud. Llame al número de teléfono en su tarjeta de ID.** O puede contactar al Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-270-5785** o **TTY: 711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo a:
UnitedHealthcare Government Programs Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- **Para presentar una reclamación.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una reclamación a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificarlo al **Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.** No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una reclamación.

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN FINANCIERA SE PUEDE USAR Y COMPARTIR. LÉALO ATENTAMENTE.

Vigente a partir del 1º. de enero de 2016.

Protegemos² su “información financiera personal” (financial information, FI). Esto representa la información no relacionada con la salud sobre una persona con cobertura médica o sobre una persona que solicite la cobertura. Se trata de información que identifica a la persona y que por lo general no es pública.

Información que recopilamos.

Obtenemos FI sobre usted de:

- Solicitudes o formularios. Esto podría incluir nombre, dirección, edad y número de Seguro Social.
- Sus transacciones con nosotros o con otras empresas. Podría ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de la FI.

No compartimos FI de nuestros miembros ni de personas que hayan sido miembros, excepto cuando la ley lo requiera o lo permita.

A fin de realizar nuestras operaciones comerciales, es posible que compartamos FI con nuestras filiales sin su consentimiento. Esto sirve para informarles acerca de sus transacciones, como el pago de sus primas.

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras compañías de seguro y compañías no financieras; por ejemplo, las procesadoras de información.
- A otras compañías para nuestros propósitos comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a las citaciones judiciales y a las investigaciones legales.
- A otras compañías que prestan servicios para nosotros, que incluyen el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Confidencialidad y seguridad.

Limitamos el acceso a su FI a nuestros empleados y proveedores de servicios que administran su cobertura y proporcionan los servicios. Aplicamos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento, de acuerdo con normas federales, para proteger su FI.

Preguntas sobre este aviso.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor **llame al número de teléfono sin cobrar para miembros en su tarjeta de ID de su plan de salud** o contacte al Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-270-5785** o **TTY: 711**.

Forma para Reclamación y Apelación

Nombre del Miembro _____ ID # _____

Dirección _____

No. de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

Por favor marque uno de los siguientes:

- RECLAMACIÓN — ¿Está usted insatisfecho acerca de otra cosa, además de la decisión de un beneficio o una reclamación acerca de una decisión que tomamos relacionada a un pago?
- APELACIÓN — ¿Está usted insatisfecho acerca de un beneficio o decisión tomada por nosotros acerca de un pago?

Por favor describa su preocupación en detalle, los nombres, y lugares de los servicios, la hora del día y los sucesos que ocurrieron. Si es aplicable, declare porque UnitedHealthcare Community Plan de California debe considerar pagar por los servicios solicitados que normalmente no son cubiertos. Por favor, llene y envíe por correo esta forma a la dirección abajo indicada.

Nombre, dirección y no. de teléfono de su representante autorizado, si usted nombró alguno:

(Firma)

(Fecha)

**Member Services
UnitedHealthcare Community Plan of California
Grievance and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364**

El Departamento para la Administración de los Cuidados de Salud de California es responsable por la regulación de los servicios de los planes de salud. Si usted tiene una reclamación en contra de su plan de salud, debe llamar por teléfono primero a su plan de salud al **1-866-270-5785, TTY 711** y usar el proceso de reclamaciones de su plan, antes de contactar al departamento. Utilizando este proceso de reclamaciones no preclude ningún derecho potencial legal o remedios que se encuentren disponibles para usted. Si usted necesita ayuda con una reclamación relacionada a una emergencia o una reclamación que no ha sido resuelta de manera satisfactoria por su plan de salud, o una reclamación que permanece sin resolución por más de 30 días, usted puede llamar al departamento para obtener asistencia. Usted también puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proveerá con una revisión imparcial para las decisiones médicas llevadas a cabo por el plan de salud, relacionadas a una necesidad médica de un servicio propuesto o tratamiento, para las decisiones acerca de la cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación y por el pago por disputas acerca de servicios médicos de emergencias o servicios de urgencias. El departamento también tiene un número de teléfono para llamadas gratuitas (1-888-HMO-2219) y un número TDD (1-877-688-9891) para personas con discapacidades de audición o de habla.

El sitio en internet <http://www.hmoHELP.ca.gov> tiene formas para presentar las reclamaciones y solicitudes para IMR, así como instrucciones de cómo hacerlo.

Estamos aquí para ayudarle.

Recuerde, nosotros siempre estamos listos para contestar a las preguntas que usted pueda tener. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-866-270-5785**, **TTY 711**, de lunes a viernes, de las 7:00 a.m. a las 7:00 p.m. Usted también puede visitarnos en internet en **myuhc.com/CommunityPlan**.