



Bienvenido a la comunidad

MississippiCAN

Mississippi Coordinated Access Network

Bienvenido
Manual para Miembros
Otra información

Bienvenido

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

Por favor, tómese unos minutos para revisar este Manual para Miembros. Estamos a su servicio para contestar cualquier pregunta que tenga. Usted puede encontrar las respuestas a la mayoría de sus preguntas en nuestro sitio web myuhc.com/CommunityPlan. O puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY 711.



UnitedHealthcare Community Plan no da un tratamiento diferente a sus miembros en base a su sexo, edad, raza, color, género, identidad de género, discapacidad u origen nacional.

Si usted piensa que ha sido tratado injustamente por razones como su sexo, edad, raza, color, género, identidad de género, discapacidad u origen nacional, puede enviar una queja a:

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

Usted tiene que presentar la queja por escrito dentro de los primeros 30 días a partir de la fecha cuando se enteró de ella. Si su queja no puede resolverse en un día, se le considerará como reclamación. Nosotros le enviaremos una notificación de recibido de su reclamación dentro de los primeros 5 días después de haberla recibido. Se le enviará la decisión en un plazo de 30 días.

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros **1-877-743-8731**, TTY **711**, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. CT de lunes a viernes (y de 7:30 a.m. a 8 p.m. CT los miércoles). También estamos disponibles de 8 a.m. a 5 p.m. CT el primer sábado y domingo de cada mes.

Usted también puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Internet:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Formas para las quejas se encuentran disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono:

Llamada gratuita, **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

Correo:

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

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 **1-877-743-8731**, TTY **711**, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. CT de lunes a viernes (y de 7:30 a.m. a 8 p.m. CT los miércoles). También estamos disponibles de 8 a.m. a 5 p.m. CT el primer sábado y domingo de cada mes.

CSMS20MC4899972_000

English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-743-8731, TTY 711**

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-743-8731, 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 **1-877-743-8731, TTY 711**.

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 **1-877-743-8731**，或聽障專線 **TTY 711**。

French

ATTENTION: Si vous parlez français, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le **1-877-743-8731, TTY 711**.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. اتصل على الرقم **1-877-743-8731**، الهاتف النصي **711**.

Chocktaw

Pisa: Chahta anumpa ish anumpuli hokma, anumpa tohsholi yvt peh pilla ho chi apela hinla. I paya **1-877-743-8731, TTY 711**.

Tagalog

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyo ng pantulong sa wika, nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-743-8731, TTY 711**.

German

HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachendienste zur Verfügung. Wählen Sie: **1-877-743-8731, TTY 711**.

Korean

참고: 한국어를 하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-743-8731, TTY 711**로 전화하십시오.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો તમારા માટે વિના મૂલ્યે ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. કૉલ કરો **1-877-743-8731, TTY 711**.

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**1-877-743-8731**、または**TTY 711**。

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по тел **1-877-743-8731, TTY 711**.

Punjabi

ਸਾਵਧਾਨ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਟੀਮ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। **1-877-743-8731, TTY 711** ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Italian

ATTENZIONE: se parla italiano, Le vengono messi gratuitamente a disposizione servizi di assistenza linguistica. Chiami il numero **1-877-743-8731, TTY 711**.

Hindi

ध्यान दे: यदि आप हिन्दी भाषा बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। कॉल करें **1-877-743-8731, TTY 711**.

Para empezar

Nosotros queremos que usted obtenga de inmediato el máximo provecho del programa de su seguro de salud. Empiece con estos tres fáciles pasos:

1. Llame a su proveedor de atención primaria y haga una cita.

Las revisiones médicas son importantes para mantener una buena salud. El número de teléfono de su PCP debe estar anotado en la tarjeta de identificación como miembro que recibió recientemente por correo. Si usted no conoce el número de teléfono de su PCP o si le gustaría ayuda para hacer una cita para una revisión médica, llame a Servicios para Miembros a **1-877-743-8731**, TTY **711**. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

2. Complete su Evaluación de salud.

Esta es una forma rápida y fácil de conocer de manera amplia su forma de vivir actual y su estado de salud. Esto nos ayuda a relacionar quien es usted con los beneficios y servicios disponibles. Acude a myuhc.com/CommunityPlan para completar la Evaluación de salud hoy mismo. Le llamaremos pronto para darle la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan. Durante esta llamada podemos explicar beneficios de su plan de salud. También podemos ayudarle a completar la Evaluación de salud a través del teléfono. Consulte la página 14.

3. Conozca su plan de salud.

Empiece con la sección que describe los importantes puntos del Plan de Salud en la página 11 para tener una rápida vista general de su nuevo plan. Y asegúrese de tener este manual a la mano como una futura referencia.

Gracias por escoger a UnitedHealthcare Community Plan como su plan de salud

Nos agrada mucho tenerlo como miembro. Usted se ha unido a millones de personas con un seguro médico con UnitedHealthcare Community Plan. Ha escogido el plan correcto para usted y su familia.

UnitedHealthcare Community Plan les da acceso a muchos proveedores de los cuidados de salud — doctores, enfermeras, hospitales y farmacias — para así tener acceso a todos los servicios para la salud que usted necesita. Nosotros cubrimos los cuidados preventivos, las revisiones médicas y los servicios de tratamientos. Nosotros estamos dedicados al mejoramiento de su salud y bienestar.

Recuerde, las respuestas a cualquier pregunta que tenga son sólo un clic de distancia en myuhc.com/CommunityPlan. O bien, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.



¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 7
o llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Tabla de contenido

Tabla de contenido

Importantes puntos del plan de salud	<u>11</u>
Tarjeta de ID como miembro	<u>11</u>
Beneficios en un vistazo	<u>12</u>
Su Evaluación de salud	<u>14</u>
Ayuda a los miembros	<u>14</u>
Usted puede empezar a usar sus beneficios de farmacia de inmediato	<u>17</u>
Para ir al doctor	<u>19</u>
Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)	<u>19</u>
Revisiones anuales	<u>21</u>
Evaluaciones de salud recomendadas	<u>22</u>
Para hacer una cita con su PCP	<u>23</u>
Preparación para su cita con su PCP	<u>24</u>
Servicios NurseLine – su fuente de información para la salud las 24 horas	<u>25</u>
Si usted necesita de cuidados de salud y la oficina de su proveedor está cerrada	<u>26</u>
Las referencias y los especialistas	<u>26</u>
Obtener una segunda opinión	<u>27</u>
Autorizaciones previas	<u>27</u>
Continuación de los cuidados de salud si su PCP abandona nuestra red	<u>28</u>
Si usted necesita de cuidados de salud cuando se encuentra fuera de la ciudad	<u>28</u>
Salud del comportamiento	<u>28</u>
Servicios de transporte	<u>29</u>
Transición de cuidados de salud	<u>29</u>

Hospitales y emergencias	<u>30</u>
Cuidados de emergencia	<u>30</u>
Cuidados urgentes	<u>31</u>
Servicios de hospital	<u>32</u>
Cuidados dentales de emergencia	<u>32</u>
Servicios de estabilización posteriores	<u>33</u>
Atención médica fuera del horario regular	<u>33</u>
Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos	<u>33</u>
Servicios fuera del área	<u>33</u>
Autorización previa	<u>34</u>
Revisión de utilización	<u>34</u>
Proveedores de la red	<u>35</u>
Proveedores fuera de la red	<u>35</u>
Farmacia	<u>36</u>
Medicamentos de receta	<u>36</u>
Medicamentos de venta libre (OTC)	<u>36</u>
Medicamentos inyectables	<u>37</u>
Farmacia única (Pharmacy home)	<u>37</u>
Beneficios	<u>38</u>
Sus beneficios de MississippiCAN	<u>38</u>
Servicios preventivos de salud	<u>43</u>
Servicios regulares de Medicaid	<u>50</u>
Tecnología nueva	<u>50</u>
Manejo de enfermedades y administración de cuidados	<u>50</u>
Programas de bienestar	<u>51</u>
Mejoramiento de la calidad	<u>51</u>
Para las futuras madres y niños	<u>52</u>

Otros detalles del plan	<u>55</u>
Cómo encontrar a un proveedor dentro de la red	<u>55</u>
Directorio de Proveedores	<u>55</u>
Servicios de interpretación y asistencia con el idioma	<u>56</u>
Actualización de su información	<u>57</u>
Fraude y abuso	<u>58</u>
Si usted recibe una factura	<u>58</u>
Avances médicos	<u>59</u>
Su opinión cuenta	<u>59</u>
Directivas Avanzadas	<u>60</u>
Elegibilidad	<u>60</u>
Inscripción	<u>61</u>
Incentivos para miembros	<u>61</u>
Si usted quiere darse de baja de UnitedHealthcare Community Plan	<u>62</u>
Cancelación de su inscripción “con causa”	<u>63</u>
Otras razones para la desafiliación	<u>63</u>
Terminación de la cobertura	<u>63</u>
Otros seguros médicos (Coordinación de Beneficios – COB)	<u>64</u>
No discriminación	<u>64</u>
Derechos y responsabilidades	<u>65</u>
Quejas, reclamaciones, apelaciones y audiencias imparciales del estado	<u>67</u>
Términos importantes	<u>74</u>
Formulario para una reclamación o apelación	<u>77</u>
Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad	<u>79</u>

Importantes puntos del plan de salud

Tarjeta de ID como miembro

The diagram shows a UnitedHealthcare Community Plan ID card with several callouts pointing to specific fields:

- El número de ID de su plan**: Points to the Health Plan number (80840) and the plan ID (911-87726-04).
- El número de su ID como miembro**: Points to the Member ID (999999930877).
- Número de teléfono de Servicios para Miembros**: Points to the Member Service phone number (877-743-8731).
- Nombre de su Proveedor de Atención Primaria**: Points to the PCP Name (DOUGLAS GETWELL).
- Información para su farmacéutico**: Points to the OPTUMRx logo and Rx information (Rx Bin: 610494, Rx Grp: ACUMS, Rx PCN: 4646).

Other information on the card includes: Payer ID: 87726, Effective Date: 12/10/2014, Copay: OFFICE/ER \$0/\$0, and contact information for Member Services, NurseLine, Website, and Pharmacy Claims.

Su tarjeta de identificación como miembro contiene mucha información importante. Le da acceso a los beneficios cubiertos. Usted debió haber recibido su tarjeta de identificación como miembro 10 días después de haberse inscrito al UnitedHealthcare Community Plan. Cada miembro de su familia tendrá su propia tarjeta. Revíselas para asegurarse que la información es correcta. Si hay cualquier error, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

- Lleve consigo su tarjeta de identificación a sus citas
- Muéstrela cuando obtenga medicamentos de receta
- Téngala a la mano cuando llame a Servicios para Miembros; esto nos ayudará a servirle mejor
- No permita que alguien más use su(s) tarjeta(s). Eso es contra la ley.

Presente su tarjeta. Siempre presente su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare cuando obtenga cuidados de salud. Esto asegurará que obtenga todos los beneficios que están disponibles. También, prevendrá que haya errores en la facturación.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 11
o llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Importantes puntos del plan de salud

¿Perdió su tarjeta de identificación como miembro?

Si usted o algún miembro de su familia extravió la tarjeta, puede imprimir una nueva tarjeta en myuhc.com/CommunityPlan.

Beneficios en un vistazo

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene disponible una variedad de beneficios y servicios para los cuidados para la salud. A continuación hay un breve resumen. Usted podrá encontrar la lista completa en la sección de Beneficios. En ocasiones los beneficios y servicios pueden cambiar. Si esto sucede, le enviaremos al miembro una notificación 14 días antes de la fecha del cambio.

Servicios de Atención Primaria

Usted tiene cobertura para todas las visitas al Proveedor de Atención Primaria (PCP). Su PCP es el doctor principal con el que consultará para la mayoría de sus cuidados de salud. Esto incluye las revisiones de salud, tratamientos para los resfriados y la gripe, sus preocupaciones por la salud y los exámenes médicos de la salud.

Una amplia red de proveedores

Usted puede escoger cualquier PCP de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias — dándole muchas opciones para sus cuidados de salud. Encuentre la lista completa de nuestros proveedores en la red, acudiendo al sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan o llamando al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

NurseLine (Línea de enfermeras)

La Línea de enfermeras le provee acceso por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana con enfermeras registradas con mucha experiencia. Estas enfermeras le pueden dar información, ayuda y educación para cualquier pregunta o preocupación relacionada a cuestiones de salud. Llame al **1-877-370-4009**, TTY **711**.

Servicios de especialistas

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son doctores o enfermeras que están especialmente entrenados para dar tratamientos a ciertas condiciones médicas. Posiblemente usted necesite primero de una referencia de su PCP. Lea la página 26.

Medicamentos

Su plan cubre medicamentos de receta sin copagos para los miembros de cualquier edad. También cubre: insulina, agujas hipodérmicas, medicamentos anticonceptivos, tabletas de aspirina recubiertas para la artritis, tabletas de hierro, y vitaminas masticables.

Servicios de hospital

Usted se encuentre cubierto para sus estadías en hospital. También tiene cobertura para los servicios de paciente ambulante. Estos son los servicios que obtiene en un hospital sin quedar hospitalizado.

Trastornos de salud del comportamiento y por el uso de sustancias

Obtenga ayuda con problemas personales que pueden afectarlo a usted o su familia. Estos incluyen el estrés, la depresión, la ansiedad o el uso de drogas o alcohol.

Los servicios de transporte están disponibles

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, el Transporte médico no de emergencia (NET) está disponible para algunos cuidados médicos para miembros elegibles. NET se proporciona a través de MTM.

Servicios de laboratorio

Los servicios que se cubren incluyen pruebas de laboratorio y rayos-X para asistir en conocer las causas de su enfermedad.

Visitas de bienestar para niños

Su plan cubre todas las consultas de bienestar para niños y vacunaciones.

Cuidados de maternidad y del embarazo

Usted tiene cobertura para tener visitas con el doctor antes y después que su bebé nazca. Esto incluye su estadía en el hospital. Si es necesario, también cubriremos las visitas que usted tenga en su hogar después del nacimiento del bebé.

Planeación familiar

Usted está cubierto por servicios que le ayudarán a manejar la planeación de sus embarazos. Esto incluye medicamentos anticonceptivos y otros procedimientos.

Cuidados de la visión

Sus beneficios para la visión incluyen exámenes de rutina y anteojos.

Su Evaluación de salud

Una Evaluación de salud es una encuesta fácil y rápida en la cual se le hacen simples preguntas acerca de su estilo de vida y de su salud. Cuando usted responde el cuestionario y lo remite por correo a nosotros, nosotros podremos conocerle mejor. Esto nos ayudará a tratar de conectarle con los múltiples beneficios y servicios disponibles para usted.

Por favor, tome unos minutos y conteste las formas de Evaluación de Salud en myuhc.com/CommunityPlan. Haga clic sobre el icono de Evaluación de Salud en el lado derecho de la página después de que usted ingrese a la página o cuando se registre. O llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711** para completarla por teléfono.

Ayuda a los miembros

Nosotros queremos que usted obtenga lo más posible de su plan de salud y que sea de la manera más simple. Como miembro, usted tiene muchos servicios disponibles, incluyendo servicios de transporte y de interpretación si los necesita. Y si usted tiene cualquier pregunta, hay muchos sitios en donde podrá obtener respuesta.

Un sitio en internet le ofrece acceso a los detalles acerca del plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Acuda a myuhc.com/CommunityPlan para inscribirse para tener acceso por internet a su cuenta. En este seguro sitio de internet se guarda, en un solo sitio, toda la información acerca de su salud. Además de los detalles del plan, el sitio incluye herramientas útiles que pueden ayudarle, como:

- Tomar su Evaluación de salud
- Imprimir una nueva tarjeta de identificación
- Buscar un doctor o hospital
- Buscar una farmacia
- Hacer una búsqueda de un medicamento en la Lista de Medicamentos Preferidos
- Ver sus beneficios
- Aprender como mantenerse saludable
- Descargar un Manual para Miembros actualizado

Los Servicios para Miembros se encuentran disponibles en los siguientes días y horarios:

Lunes 7:30 a.m.–5:30 p.m.

Martes 7:30 a.m.–5:30 p.m.

Miércoles 7:30 a.m.–8:00 p.m.

Jueves 7:30 a.m.–5:30 p.m.

Viernes 7:30 a.m.–5:30 p.m.

Primer sábado de cada mes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Primer domingo de cada mes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Los Servicios para Miembros pueden ayudarle cuando tenga preguntas o preocupaciones.

Esto incluye:

- El entendimiento de cuáles son sus beneficios
- Ayuda cuando necesita obtener un reemplazo a su tarjeta de identificación como miembro
- Ayuda para encontrar a un doctor o a una clínica de Cuidados Urgentes

Llame al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Miembros con discapacidad visual y auditiva

Tenemos este manual en una forma fácil de leer para personas con problemas de visión. Llámenos al **1-877-743-8731** para obtener ayuda. Tenemos un número de teléfono especial para personas con problemas de audición. Los miembros que usan un dispositivo de telecomunicaciones para personas con problemas de audición (TDD) y lenguaje de señas americano pueden llamar al **711**. Estos servicios están disponibles sin costo alguno.

Programa para la Administración de Cuidados de Salud

La administración de los cuidados de salud ayuda a los miembros a obtener los servicios y la atención que necesitan y está disponible para todos los miembros. Si usted padece de una condición crónica de salud, como asma o diabetes, usted podría beneficiarse de nuestro programa de Administración de los Cuidados de Salud. Nosotros podemos ayudarle de varias maneras, tales como hacer por usted las citas médicas y mantener a sus proveedores informados acerca de los cuidados de salud que usted recibe. También nosotros podemos ayudar con otros programas de salud, educación y servicios sociales; por ejemplo, WIC, Head Start, servicios de salud escolar y educación especial y programas para niños con necesidades especiales de atención médica de los departamentos de salud y servicios humanos. Además, podemos proporcionar información acerca de programas locales de atención gratuita y grupos de apoyo. Para obtener más información, llame al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Importantes puntos del plan de salud

Servicios de transporte se encuentran disponibles

UnitedHealthcare Community Plan les ofrecerá asistencia a las personas que son elegibles para el transporte de ida y regreso de las citas médicas cuando no tengan ningún otro medio para llegar a ellas. Para programar transporte, llame a MTM/Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes.

Hablamos su idioma

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionar materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Emergencias

En caso de una emergencia, llame **911**

Otros números de teléfono importantes

24/7 NurseLine	1-877-370-4009, TTY 711
(disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana)	
Centro de Toxicología	1-800-222-1222
División de Medicaid	1-800-421-2408
Línea de Crisis de Salud Mental	1-877-743-8731, TTY 711
Transporte (MTM)	1-877-743-8731

Usted puede empezar a usar sus beneficios de farmacia de inmediato

Su plan cubre una amplia lista de medicamentos con y sin receta. Los medicamentos preferidos se encuentran anotados en la Lista de Medicamentos Preferidos. Su doctor usa esta lista para encontrar los medicamentos preferidos y para ver cuáles medicamentos requieren la autorización previa de su plan. Puede encontrar la Lista de medicamentos preferidos en línea en <https://www.uhcommunityplan.com/ms/medicaid/mississippican/find-a-provider-or-pharmacy>. Los medicamentos que no aparecen en esa lista pudieran no estar cubiertos. Estos medicamentos pueden requerir una autorización previa. Por favor llámenos al **1-877-743-8731**, TTY **711**, si usted necesita ayuda con sus medicamentos. Sus medicamentos pueden requerir una aprobación previa. La persona que los prescribe puede presentar una solicitud para que se aprueben. La decisión, si se aprueban o no, se dará en 24 horas.

1. ¿Están sus medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos?

Sí

Si sus medicamentos están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos, usted no tiene ningún problema. Asegúrese de mostrar al farmacéutico su nueva tarjeta de identificación como miembro cada vez que sus medicamentos le sean surtidos.

No

Es posible que algunos medicamentos cubiertos no estén en la Lista de Medicamentos Preferidos. Si sus medicamentos no están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos, contáctese con su doctor. Puede ayudarle a cambiarlo por otro medicamento de la Lista de Medicamentos Preferidos. Su doctor también puede ayudarle a pedir una excepción si considera que necesita un medicamento que no esté en la lista.

¿No está seguro?

Acuda a internet para revisar la Lista de Medicamentos Preferidos en myuhc.com/CommunityPlan. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

2. ¿Tiene usted una receta para un medicamento?

Cuando usted tenga una receta para un medicamento que le extendió un doctor o usted necesita surtir de nuevo un medicamento de receta, acuda a una farmacia que sea parte de nuestra red. Muestre al farmacéutico su tarjeta de identificación como miembro. Usted puede encontrar una lista de las farmacias de nuestra red en el Directorio de Proveedores en internet en myuhc.com/CommunityPlan, o también puede llamar a Servicios para Miembros.

3. ¿Necesita surtir un suplemento temporal de emergencia de su receta nueva?

Si usted necesita un medicamento de inmediato mientras usted espera por una excepción, usted puede obtener un suplemento temporal de emergencia que cubra esa necesidad por 3 días. Para poder hacer esto, visite una de nuestras farmacias dentro de la red y muestre su tarjeta de identificación como miembro. Recuerde siempre hablar con su doctor acerca de sus opciones tratándose de medicamentos de receta.

Para ir al doctor

Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Nosotros le llamamos al doctor principal con que usted consulta un Proveedor de Atención Primaria o PCP. Cuando usted consulta varias veces con el mismo PCP, es fácil que se desarrolle una relación con ese doctor. Cada miembro de la familia puede tener su propio PCP o ustedes pueden escoger que todos consulten con el mismo doctor. Usted visitará a su PCP para:

- Cuidados de rutina, incluyendo revisiones médicas
- Coordinar sus cuidados de salud con un especialista
- Tratamientos para la gripe o para un catarro
- Otras condiciones de salud que le preocupen

¿Qué es un proveedor de la red?

Los proveedores de la red tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para darles los cuidados de salud a nuestros miembros. Usted no necesita llamarnos antes de consultar con uno de estos proveedores. Puede haber algunas ocasiones en donde usted tenga que obtener servicios por fuera de nuestra red. Llame a Servicios para Miembros para conocer si esos servicios están cubiertos. Es posible que usted tenga que pagar por ellos si no lo están.

Usted tiene opciones

Usted puede escoger entre los muchos tipos de proveedores dentro de nuestra red para que sea su PCP. Algunos de los PCP incluyen:

- Doctores de familia (llamados también doctores de medicina en general) — ellos dan tratamiento a niños y adultos
- Ginecólogos (GYN) — dan tratamiento a mujeres
- Doctores de medicina interna (también llamados Internistas) — dan tratamiento a los adultos
- Enfermera Practicante (NP) — dan tratamiento a niños y adultos
- Obstetras (OB) — dan tratamiento a mujeres embarazadas
- Pediatras — dan tratamiento a niños
- Asistentes de Doctor (PA) — dan tratamiento a niños y adultos

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 19
o llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Para ir al doctor

Conozca más acerca de los doctores de la red

Usted puede obtener información sobre doctores de la red, como nombre, dirección, números de teléfono, calificaciones profesionales, especialidad, escuela de medicina, programa de residencia, certificación de la junta e idiomas que hablan, en myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Miembros.

Para elegir su PCP

Si usted ha consultado con un doctor antes de inscribirse como miembro en UnitedHealthcare, revise si su doctor es parte de nuestra red. Si está pensando en escoger un nuevo PCP, considere escoger un doctor que se encuentre cerca de su casa o de su trabajo. Esto le facilitará ir a sus citas.

Hay tres maneras que puede emplear para encontrar al PCP correcto para usted.

1. Consulte nuestro directorio impreso de Proveedores.
2. Use la herramienta de búsqueda “Find-A-Doctor” (“Busque un doctor”) en myuhc.com/CommunityPlan.
3. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Nosotros podremos contestar a sus preguntas y ayudarle a encontrar a un PCP cerca de usted.

Una vez que ha escogido un PCP, llame a Servicios para Miembros e infórmenos. Nosotros aseguraremos que sus records están al día. Si usted no quiere escoger un PCP, UnitedHealthcare puede escoger alguno por usted, basándonos en su localización y en el idioma que usted hable.

Para cambiar su PCP

Es importante que a usted le guste y que le tenga confianza a su PCP. Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento que lo desee. Llame a Servicios para Miembros y nosotros le ayudaremos a que haga el cambio.

Revisiones anuales

La importancia de su revisión anual

Usted no tiene que estar enfermo para acudir a un doctor. En realidad, las revisiones anuales con su PCP le ayudarán a mantenerse sano. Además de revisar su salud en general, su PCP estará seguro de que usted obtenga las pruebas, revisiones y vacunas que necesita. Y si hay cualquier otro problema, usualmente es mucho más fácil darle tratamiento si se descubren de manera temprana.

A continuación se mencionan algunas importantes revisiones de salud. Que tan a menudo se le dan estas revisiones está basado en su edad y en los factores de riesgo que tenga. Consulte con su doctor para conocer cuál es lo correcto en su caso.

Para las mujeres

- Prueba de Pap (Papanicolau) — ayuda a detectar el cáncer cervical
- Examen de las mamas/mamografías — ayuda a detectar el cáncer de los pechos
- Incluye acceso directo a un especialista en salud de la mujer además de un PCP

Para los hombres

- Examen de los testículos — ayuda a detectar el cáncer testicular
- Examen de la próstata — ayuda a detectar el cáncer de próstata

Exámenes de bienestar para niños

Las citas para revisar el bienestar del niño son hechas para que su PCP evalúe como su hijo va creciendo y desarrollándose. Así mismo, durante estas visitas le darán otras pruebas necesarias, como la evaluación del habla y la audición y se le aplicarán las vacunas. Estas visitas de rutina son también una buena oportunidad para que usted haga todas las preguntas que tenga acerca del comportamiento y de la salud en general de su hijo, incluyendo:

- Su alimentación
- Sus hábitos de dormir
- Su comportamiento
- Su socialización
- Sus actividades físicas

Horario de los exámenes médicos

Es importante hacer sus exámenes de bienestar para las siguientes edades:

de 3 a 5 días	a los 15 meses
al mes de nacido	a los 18 meses
a los 2 meses	a los 24 meses
a los 4 meses	a los 30 meses
a los 6 meses	a los 3 años
a los 9 meses	una vez al año después
a los 12 meses	de la edad de 3 años

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 21
o llame a Servicios para Miembros al 1-877-743-8731, TTY 711.

Para ir al doctor

Las vacunas que el doctor comúnmente se da a su hijo y la forma en que éstas lo protegen son las siguientes:

- **Hepatitis A y Hepatitis B:** previenen a dos infecciones comunes del hígado
- **Rotavirus:** protege contra un virus que produce diarrea severa
- **Difteria:** previene en contra de infecciones peligrosas de la garganta
- **Tétanos:** previene en contra de una peligrosa enfermedad de los nervios
- **Tosferina:** protege en contra de esta enfermedad de las vías respiratorias
- **HiB (Haemophilus influenza tipo B):** previene la meningitis por Haemofilus en la niñez
- **Meningococical:** previene la meningitis bacteriana
- **Polio:** previene que el virus de la poliomielitis cause parálisis
- **MMR:** previene el sarampión, las paperas y la rubeola
- **Varicela:** previene la varicela
- **Influenza:** protege en contra del virus de la influenza
- **Vacuna neumocócica:** previene en contra de las infecciones de los oídos, de la sangre, neumonía y meningitis bacteriana
- **HPV (vacuna del virus del papiloma humano):** protege en contra de enfermedades transmitidas sexualmente que pueden producir el cáncer cervical en las mujeres y verrugas genitales en los hombres

Evaluaciones de salud recomendadas

Utilizamos pautas de atención preventiva de la U.S. Preventive Services Task Force. La cobertura y el reembolso pueden variar dependiendo de la ley estatal o federal. Puede variar dependiendo de su plan de cobertura. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en su tarjeta de identificación si usted tiene alguna pregunta.

Para hacer una cita con su PCP

Llame a la oficina de su doctor directamente. El número debe aparecer en su tarjeta de identificación como miembro. Cuando usted llame para hacer una cita, asegúrese de informar a la oficina cuál es la razón por la cual usted necesita la cita. Esto asegurará que usted obtenga el tipo de cuidados de salud que necesita, cuando lo necesita. Este es el tiempo de espera para obtener una cita:

Cuánto se tomará para que pueda ver a su PCP:	
Para emergencia	Inmediatamente o ser referido a una sala de emergencias
Para urgencias (pero sin que sea una emergencia)	Dentro de un día o 24 horas
De rutina	Dentro de 1 semana o 7 días
De prevención, vistas para el bienestar del niño o visitas regulares	Dentro de un mes
Cuánto tiempo debe tomar para conseguir una cita para la salud del comportamiento:	
Rutina (no urgente)	Dentro de los veintiún (21) días calendarios
Urgente	Dentro de las veinticuatro (24) horas
Emergencia (sin riesgo para la vida) — Una situación médica en la cual es necesaria una evaluación inmediata o la aplicación de cuidados para la estabilización de la condición o situación en la cual no hay un riesgo inminente de daños o pérdida de vida para la persona o para otras a su alrededor.	Dentro de 6 horas
Emergencia (riesgo para la vida) — Una condición médica o psiquiátrica en la cual hay necesidad de obtener una evaluación inmediata o la aplicación de cuidados debido a un riesgo inminente o de la pérdida de vida de la persona o de otras a su alrededor.	El acceso inmediato a los servicios de emergencia

Para ir al doctor

Cuánto tiempo debe tomar para conseguir una cita para la salud del comportamiento (continuación):

Hospital psiquiátrico
para pacientes internados

Dentro de los siete (7) días después de haber sido dado de alta de un hospital para casos agudos de psiquiatría, cuando el contratista tiene conocimiento de que el miembro ha sido dado de alta

Preparación para su cita con su PCP

Antes de la cita

1. Acuda a la cita conociendo que es lo que quiere en esa visita (obtener tratamiento para los síntomas, una referencia a un especialista, información específica, etc.).
2. Haga una nota de cualquier nuevo síntoma y de cuándo empezó.
3. Haga una lista de los medicamentos o vitaminas que toma regularmente.

Durante las visita

Cuando usted vea al doctor, no tenga timidez en:

- Preguntarle lo que sea
- Tomar notas, si esto le ayuda a recordar lo que se diga
- Pedirle al doctor que hable más despacio o que le explique cualquier cosa que usted no entienda
- Pedirle más información acerca de medicamentos, tratamientos o acerca de su condición

Servicios NurseLine – su fuente de información para la salud las 24 horas

Cuando usted está lesionado o enfermo, puede ser difícil tomar decisiones acerca de los cuidados de su salud. Usted puede no saber si debe acudir a una sala de emergencias, ir a un centro de cuidados urgentes, hacer una cita con su proveedor o auto-administrarse algunos cuidados de salud. Una enfermera experimentada de NurseLine puede ofrecerle información que le ayudará a decidir qué es lo que debe hacer.

Las enfermeras pueden darle información y proporcionarle ayuda para muchas situaciones y preocupaciones relacionadas a su salud, incluyendo:

- Heridas leves
- Enfermedades comunes
- Consejos para auto-cuidados y opciones de tratamiento
- Diagnósticos recientes y condiciones crónicas
- Ayuda para escoger los cuidados médicos apropiados
- Prevención de las enfermedades
- Nutrición y buen estado físico
- Preguntas que debe hacer a su proveedor
- Como tomar sus medicamentos sin riesgos
- Salud de hombres, mujeres y niños

Usted puede tener curiosidad acerca de algún asunto relacionado a la salud y quiere conocer más. Enfermeras experimentadas pueden darle la información que usted necesita, ayudarle y educarle acerca de cualquier pregunta o preocupación que tenga acerca de la salud.

Simplemente llame, sin costo para usted, al número al **1-877-370-4009** o TTY **711** para personas con problemas de audición. Usted puede llamar sin costo para usted al número de NurseLine a cualquier hora las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Además, no hay límite para el número de llamadas que usted haga.

Si usted necesita de cuidados de salud y la oficina de su proveedor está cerrada

Llame su PCP si necesita cuidados de salud que no son por una emergencia. El teléfono de su proveedor recibe llamadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su proveedor o alguna otra persona en la oficina le ayudarán a que usted tome la decisión correcta para obtener los cuidados de salud que necesita.

A usted se le puede indicar que acuda a:

- Una clínica abierta después de las horas de trabajo o a un centro de cuidados urgentes
- La oficina de su proveedor por la mañana del día siguiente
- Una sala de emergencias (ER)
- Su farmacia para obtener medicamentos

Las referencias y los especialistas

Una referencia es cuando su PCP le indica que usted necesita ir a otro médico que se especializa en la atención de ciertas partes del cuerpo o ciertas condiciones. Este otro médico se denomina especialista. Debe visitar a su PCP antes de ver a un especialista. Si su médico quiere que visite a un especialista que usted no desea ver, puede pedirle a su PCP que le dé el nombre de otro especialista. Los ejemplos de especialistas incluyen:

- Cardiólogo — problemas de corazón
- Neumólogo — problemas de pulmones o de la respiración

Usted no necesita una referencia de su PCP para:

- Los servicios de emergencia
- OB/GYN
- Optometría
- Podología
- Dermatólogo
- Comportamiento
- Profesionales de la salud/abuso de sustancias
- Quiroprácticos

Obtener una segunda opinión

Usted puede obtener una segunda opinión de un proveedor dentro de nuestra red para cualquiera de sus beneficios con cobertura. No se requiere que usted tenga una segunda opinión. Si no puede encontrar a un proveedor dentro de nuestra red, usted puede encontrar una segunda opinión de parte de un proveedor que no sea parte de nuestra red obteniendo una autorización previa. No hay ningún cargo para usted. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda.

Autorizaciones previas

En algunos casos su proveedor tiene que obtener permiso del plan de salud antes de proporcionarle un servicio. Esto se denomina autorización previa. Esto es la responsabilidad de su proveedor. Si no obtienen una autorización previa de nosotros, usted no podrá recibir esos servicios.

Usted no necesita autorización previa para los servicios avanzados de imágenes que tienen lugar en una sala de emergencia, unidad de observación, sala de atención de urgencia o durante una hospitalización. Usted no necesita una autorización previa para las emergencias. Usted también no necesita autorización previa para ver un proveedor de cuidados de salud para la mujer para los servicios de salud de la mujer o si está embarazada.

UnitedHealthcare es quien aprobará rutinariamente esas decisiones de aprobación previa. Las notificaciones se darán dentro de tres (3) días calendarios, o dentro de dos días hábiles de trabajo. Nosotros podremos decidir en decisiones de autorización previa relacionadas a una emergencia. Estas notificaciones se darán dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de que se han solicitado.

Puede ser necesaria una autorización previa

Algunos de los servicios que necesitan autorización previa incluyen:

- Hospicio
- Los ingresos hospitalarios
- Servicios de atención médica en el hogar
- Ciertos procedimientos de imagen para pacientes externos, incluyendo resonancias magnéticas, los ARM, TC y PET scans
- Los estudios del sueño

Continuación de los cuidados de salud si su PCP abandona nuestra red

A veces un PCP se retira de nuestra red. Si esto sucede con su PCP, usted recibirá una carta de nosotros informándole acerca de ello. En algunas ocasiones, UnitedHealthcare Community Plan pagará por servicios que estén cubiertos que sean brindados por los doctores por un corto período después de que ellos han abandonado a nuestra red. Usted podría aún continuar obteniendo cuidados de salud y tratamientos cuando su doctor deja nuestra red si usted continúa bajo tratamiento por un serio problema médico. Por ejemplo, usted podría calificar si está recibiendo quimioterapia para el cáncer al tiempo en que su doctor decide dejar nuestra red. Para conocer más acerca de esto, por favor llame a su doctor. Pida que soliciten una autorización para continuar con el cuidado y tratamientos que usted recibe de UnitedHealthcare.

Si usted necesita de cuidados de salud cuando se encuentra fuera de la ciudad

UnitedHealthcare Community Plan cubrirá el costo de los servicios para los cuidados rutinarios de salud fuera del área de servicio solamente si:

- Usted llama primero su PCP y este PCP dice que es importante que se obtengan cuidados de salud antes de que regrese a su ciudad

Salud del comportamiento

Los servicios de salud mental se proveen a los miembros que tienen problemas emocionales o sufren de enfermedades mentales. Usted puede obtener ayuda llamando a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Sus servicios cubiertos incluyen:

- Servicios ambulantes cuando son provistos por un doctor, un psiquiatra licenciado, un psicólogo licenciado, un trabajador social clínico licenciado, un consejero licenciado, una enfermera practicante en psiquiatría avanzada, una enfermera psiquiátrica para el hogar o un programa de salud mental certificado por el estado
- Intervenciones y acceso en crisis, incluyendo una línea de emergencia las 24 horas del día con personal profesionalmente calificado en salud mental. Los consejeros proveen servicios de asistencia, evaluación y referencia, incluyendo alternativas de colocación fuera del hogar y de equipos móviles de crisis para intervenciones en el lugar de los hechos.

- Servicios alternos razonables y de bajo costo relacionados a su plan de tratamiento. La atención médica psiquiátrica para pacientes hospitalizados está disponible para niños, adolescentes y adultos. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

Si usted recibía cuidados de un doctor que no sea parte de nuestra red antes de inscribirse dentro de UnitedHealthcare Community Plan, su doctor puede llamarnos para obtener ayuda para unirse a nuestra red de trabajo. Su doctor también puede referirlo a un doctor que sea parte de nuestra red. Nosotros autorizaremos proveedores que estén fuera de nuestra red cuando sea necesario continuar con cuidados de salud mental hasta que puedan encontrarse un proveedor dentro de nuestra red que pueda otorgar los cuidados.

Servicios de transporte

UnitedHealthcare Community Plan les ofrecerá asistencia a las personas que son elegibles para el transporte que no sea de emergencia de ida y regreso de las citas médicas cuando no tengan ningún otro medio para llegar a ellas. Las solicitudes de los miembros para servicios de transporte que no sean de emergencia (NET) deben realizarse al menos tres (3) días hábiles antes de que se necesite el servicio NET.

Para programar transporte, llame a MTM al **1-877-743-8731** de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes.

Transición de cuidados de salud

Si usted se ha unido a nuestro plan recientemente, sus servicios médicos pueden seguir hasta por 90 días con el mismo doctor. Si encontramos a un doctor para usted, puede ser por menos de 90 días. Los servicios pueden continuar hasta por 30 días sin necesidad de una aprobación previa. Después de 30 días, su doctor debe seguir el proceso para obtener una aprobación previa.

Si usted tiene más de cuatro meses de embarazo, puede continuar consultando con el mismo doctor hasta que su bebé nazca.

Hospitales y emergencias

Cuidados de emergencia

Las salas de un hospital de emergencias están para poderle ofrecer tratamientos de emergencia por trauma, serias lesiones y síntomas que pongan en peligro la vida.

Ejemplos de emergencias:

- Dolor agudo
- Convulsiones
- Pérdida del conocimiento
- Sangrado severo o poco usual
- Un accidente de carácter serio
- Sospecha de tener un ataque cardíaco o un derrame cerebral
- Servicios de salud mental o por desórdenes del uso de sustancias — Una situación que requiera de una cita inmediata por existir un riesgo inminente de tener daños físicos o hasta la muerte de uno mismo o para otras personas debido a condiciones médicas o psiquiátricas

Ejemplos de cuáles **NO SON** generalmente emergencias:

- Gripe o resfriados
- Dolores de cabeza
- Dolores de garganta
- Moretones o cortadas menores
- Irritaciones en la piel

UnitedHealthcare Community Plan cubre cualquiera de los cuidados de emergencia que usted necesite dentro de los Estados Unidos y de sus territorios. Dentro de las primeras 24 horas después de la visita a una sala de emergencia, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Usted debe llamar también a su PCP para informarle acerca de su visita para que pueda recibir los cuidados de seguimiento si los necesita.

No se demore

Si usted tiene una emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano.

Cuidados urgentes

Las clínicas de cuidados urgentes están ahí para las situaciones en donde usted tiene que ver a un doctor para cualquier condición que no es de vida o muerte, pero su PCP no se encuentra disponible o es fuera de las horas de oficina de su clínica. Las condiciones de salud que son las indicadas para tratar de obtener cuidados urgentes son:

- Un dolor de garganta
- Una infección en el oído
- Cortaduras o quemaduras menores
- Gripe
- Fiebre menor
- Torceduras

Si usted o su hijo tienen un problema que es urgente, llame a su PCP primero. Su doctor puede ayudarle a obtener los cuidados correctos. Su doctor también podrá indicarle si necesita acudir a una sala de cuidados urgentes o una sala de emergencias.

Para planear con anticipación

Es bueno si usted sabe en donde se localiza la clínica de cuidados urgentes más cercana. Usted puede encontrar una lista de clínicas de cuidados urgentes en su Directorio de Proveedores. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Servicios de hospital

En ocasiones puede ser necesario para su salud que se requiera que acuda a un hospital. En un hospital hay servicios para pacientes ambulatorios y para pacientes que sean hospitalizados.

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen rayos-X, pruebas de laboratorio y cirugías menores. Su PCP le indicará si necesita servicios ambulatorios. La oficina del doctor puede ayudarle a hacer una cita.

Los servicios de hospitalización requieren que usted permanezca en el hospital durante la noche. Es posible que se requiera que usted pase una noche hospitalizado debido a una enfermedad, cirugía o por tener un bebé. En ese caso, el hospital llamará a UnitedHealthcare Community Plan y solicitará la autorización para brindarle los cuidados de salud. Si el doctor que lo admitió en el hospital no es su Proveedor de Atención Primaria (PCP), usted debe llamar a su PCP tan pronto como sea posible para informarle que usted está siendo admitido en el hospital.

Aprobación previa

Los doctores pueden necesitar la aprobación de UnitedHealthcare Community Plan antes de darle ciertos cuidados. A esto se le llama autorización previa. Necesitarán de aprobación previa para los servicios de paciente hospitalizado.

Para ir al hospital

Usted debe acudir a un hospital solamente si requiere tratamiento de emergencia o si así se lo indicó su doctor.

Cuidados dentales de emergencia

El plan cubre servicios de emergencias dentales para el control del dolor, sangrado o infecciones.

Servicios de estabilización posteriores

Los servicios de estabilización posteriores están cubiertos sin necesidad de previa autorización. Estos servicios se relacionan a una condición médica de emergencia que se ha provisto después de que usted está estabilizado para que mantenga, mejore o resuelva su condición.

Atención médica fuera del horario regular

Es posible que algunas veces necesite su PCP cuando el consultorio esté cerrado. Si necesita atención de urgencia, llame al consultorio de su PCP. Le darán instrucciones sobre cómo ponerse en contacto con el médico. Además, puede comunicarse con nuestra NurseLine las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-877-370-4009. En casos de emergencia, acuda directamente a la sala de emergencias más cercana.

Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos y necesita atención médica, ningún servicio de cuidados de salud será cubierto por UnitedHealthcare Community Plan. Medicaid no puede pagar ningún servicio médico que se recibe fuera de los Estados Unidos.

Servicios fuera del área

UnitedHealthcare Community Plan cubrirá servicios fuera del área si el proveedor es un proveedor de MS Medicaid. Si el proveedor no es un proveedor de MS Medicaid, usted posiblemente será responsable por el costo de estos servicios.

No es necesario obtener previa autorización para las visitas a una sala de emergencia fuera del área.

Las visitas en situaciones que no son de emergencia necesitan de autorización previa. Si usted se encuentra fuera del área y necesita servicios que no son de emergencia, llame a su doctor.

Autorización previa

Es posible que los médicos necesiten nuestra aprobación antes de brindarle determinada atención. Esto se conoce como autorización previa. Si los servicios necesitan autorización previa y su médico no la obtiene, es posible que UnitedHealthcare Community Plan no pague estos servicios. Su médico llamar a Servicios para Proveedores al 1-877-743-8734 para obtener autorizaciones previas.

Aquí se encuentran algunos tipos de atención que necesitan una autorización previa:

- Traslados hospitalarios a pacientes hospitalizados
- Servicios que no sean de emergencia de un proveedor fuera de la red
- Algunos tratamientos dentales
- Algunos medicamentos de receta

Usted no necesita una autorización previa para:

- Atenciones de emergencia y de urgencia
- Admisiones hospitalarias para partos normales
- Algunos tratamientos dentales

Revisión de utilización

UnitedHealthcare Community Plan sigue ciertos pasos para decidir si aprobaremos la atención médica. Nuestro objetivo es asegurarnos de que la atención sea médicamente necesaria, sea un beneficio cubierto y se lleve a cabo en el entorno y en el momento adecuado. También nos aseguramos de que usted reciba una atención de calidad. Ningún empleado, proveedor o persona a cargo de toma de decisiones de utilización de UnitedHealthcare es premiado, sancionado ni recibe incentivo financiero por no brindarle la atención o los servicios que necesite, o por afirmar que no debe recibirlos.

Puede solicitar una copia de los criterios que utilizamos. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**. El personal, los intérpretes y los servicios TTD/TTY **711** están disponibles para ayudar a los miembros que tienen preguntas acerca de la revisión de utilización.

Proveedores de la red

Los proveedores de la red tienen un contrato con UnitedHealthcare Community Plan. Ellos incluyen hospitales, farmacias, dentistas, optometristas, quiroprácticos y enfermeros especializados. Tenemos un vínculo con estos proveedores. Confiamos en ellos para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros.

Nuestros miembros pueden visitar a estos proveedores simplemente llamando al proveedor para concertar una cita. No necesita llamarnos antes. Si desea información sobre un médico participante, como dónde estudió, su residencia, o si acepta o no nuevos pacientes, puede llamar a Servicios para Miembros.

A veces un proveedor que ha participado anteriormente en nuestra red puede cambiar de estado y ya no estará disponible como un proveedor participante. Si un cambio tiene como resultado que un proveedor ya no participa en nuestra red, les notificaremos a los miembros afectados dentro de 14 días de recibir la noticia.

Proveedores fuera de la red

Un proveedor que no se encuentre en nuestra red se considera un proveedor fuera de la red. Por lo general, nosotros no pagaremos la atención que reciba fuera de la red. Si usted acude a un proveedor que esté fuera de nuestra red de trabajo, es posible que usted tenga que cubrir el costo de esos servicios.

Si su PCP quiere que usted consulte con otro doctor que no se encuentre dentro de nuestra red, su PCP tendrá que llamarnos para obtener aprobación. Pídale a su médico que llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación (ID). Si se aprueban, estos servicios serán pagados como si el proveedor fuera un proveedor de la red sin costo alguno para usted.

Nuestra red tiene doctores y hospitales que proveen la mayoría de los servicios solicitados. Si esos servicios se encuentran disponibles en nuestra red, usted debe acudir a uno de nuestros proveedores. Si necesita ayuda para encontrar a un proveedor, llame a Servicios para Miembros.

Si la petición de su PCP para obtener servicios por fuera de nuestra red es negada, usted puede presentar una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan dentro de los 60 días de la negación o presentar una petición para tener una Audiencia Imparcial del Estado con Mississippi División de Medicaid dentro de 120 días calendarios de la fecha de la determinación adversa de beneficio de UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener más información, vea la sección de Quejas, reclamaciones, apelaciones y Audiencias Imparciales del Estado en este manual.

Farmacia

Medicamentos de receta

Sus beneficios incluyen medicamentos de receta

UnitedHealthcare Community Plan cubre cientos de medicamentos de receta que pueden surtirse en cientos de farmacias. La lista completa de los medicamentos preferidos está incluida en la Lista de Medicamentos Preferidos. Usted puede surtir sus medicamentos de receta en cualquier farmacia que esté dentro de nuestra red. Todo lo que necesita hacer es mostrar su tarjeta de identificación como miembro.

En algunos casos, su proveedor debe contar con un permiso del plan de salud antes de darle cierto medicamento de receta. Esto se denomina autorización previa. Las autorizaciones previas son responsabilidad del proveedor.

¿Qué es la Lista de Medicamentos Preferidos?

Esta es una lista de los varios medicamentos que cubre su plan. Puede encontrarla en Internet en www.uhccommunityplan.com/ms/medicaid/mississippican.

Si necesita un medicamento que no está incluido en esta lista, consúltelo con su doctor o llame a Servicios para Miembros para más información.

Medicamentos de venta libre (OTC)

UnitedHealthcare Community Plan también cubre muchos de los medicamentos de venta libre (over-the-counter u OTC). Un proveedor de nuestra red debe escribir una receta por un medicamento de venta libre. La cantidad suministrada se limita a 30 días. Usted tiene que llevar esa receta y su tarjeta de identificación como miembro a cualquiera de las farmacias de nuestra red para que le surtan el medicamento. OTC pueden incluir:

- Medicamentos contra el dolor
- Medicamentos para la tos
- Cremas de primeros auxilios
- Medicamentos para el catarro
- Anticonceptivos

Para encontrar un doctor, consulte la lista de medicamentos cubiertos; para encontrar una farmacia, utilice la herramienta de búsqueda que se encuentra en <https://www.uhcommunityplan.com/ms/medicaid/mississippican> o llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Medicamentos inyectables

Los medicamentos inyectables son medicamentos que se aplican por inyección y son beneficios cubiertos. Su médico puede solicitar que le envíen el medicamento inyectable al consultorio médico o al hogar de usted. En algunas circunstancias, su médico le hará una receta para medicamentos inyectables (como insulina) que puede recibir en una farmacia.

Farmacia única (Pharmacy home)

Algunos miembros de UnitedHealthcare Community Plan son asignados a una Farmacia Única. En este caso, los miembros deben obtener sus medicamentos de receta hasta por un tiempo de dos años en una farmacia designada para ello. Esto se basa en el uso previo de ciertos medicamentos, incluyendo el caso de uso excesivo de los beneficios de farmacia, de narcóticos, de localidad de la farmacia y de otra información.

A los miembros de este programa se les enviará una carta con el nombre de la farmacia que deben emplear. Si usted recibe esta carta, tiene 30 días a partir de la fecha en la carta para solicitar un cambio de farmacia. Para cambiar de farmacia durante este tiempo, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Después de 30 días a partir de la fecha en la carta, usted necesitará solicitar el cambio de farmacia por escrito. Mande su solicitud a:

UnitedHealthcare Community Plan
795 Woodland Parkway, Suite 301
Ridgeland, MS 39157

Beneficios

Sus beneficios de MississippiCAN

Los siguientes son servicios cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan para los miembros de MississippiCAN.

No hay copagos, deducibles o costos compartidos para cualquier servicio cubierto por UnitedHealthcare Community Plan.

Beneficios médicos de MississippiCAN		
Beneficio	Cubierto	Limitaciones
Ambulancia aérea	Sí	El transporte de ala fija y que no sea de emergencia requieren autorización
Centro Quirúrgico Ambulatorio	Sí	
Servicios quiroprácticos	Sí	Máximo de \$700 por año calendario
Servicios de Sanatorios de la Ciencia Cristiana	Sí	
Cirugía estética y reconstructiva	Sí	
Servicios dentales Mayores de 21 años: servicios de diagnóstico y alivio del dolor de emergencia	Sí	Máximo de \$2500 por año calendario. Máximo de \$4200 de por vida para ortodoncia menores de 21 años Máximo de \$2,500 por año calendario para servicios dentales, a menos que se obtenga autorización previa para personas mayores de 21 años

Beneficios médicos de MississippiCAN		
Beneficio	Cubierto	Limitaciones
Entrenamiento en diabetes	Sí	
Centro de diálisis para pacientes ambulatorios	Sí	
Visitas al doctor y atención médica	Sí	
Equipo médico duradero	Sí	Se necesita autorización para artículos de más de \$500
Sala de emergencias	Sí	
Servicios EPSDT	No	Limitado a beneficiarios menores de 21 años
Servicios EPSDT ampliados	No	Limitado a beneficiarios menores de 21 años
Cuidados médicos de ojos Exámenes y anteojos	Sí *Se requiere autorización previa después del segundo par por niño dentro de un año.	2 exámenes de la vista por año/ 2 pares de anteojos por año Mayor de 21 años: 1 examen de la vista por año; 1 par de anteojos cada 3 años
Servicios de planificación familiar	Sí	
Centros de salud calificados a nivel federal	Sí	
Pruebas genéticas	Sí	
Servicios del Departamento de Salud	Sí	
Servicios de audición	Sí	Audífonos e implantes limitados a menores de 21 años

Beneficios

Beneficios médicos de MississippiCAN		
Beneficio	Cubierto	Limitaciones
Servicios de salud en el hogar	Sí	Adultos limitados a 36 visitas por año
Infusión en casa	Sí	Es posible que los inyectables necesiten autorización
Hospicio	Sí	
Servicios hospitalarios	Sí	
Imagen	Sí	
Servicios de laboratorio y rayos X	Sí	
Suministros médicos	Sí	Pueden aplicarse limitaciones; hable con su médico.
Servicios de salud mental	Consulte el cuadro separado para conocer los beneficios	
Circuncisión del recién nacido	No	
Proveedores no contratados	Sí	
Transporte que no es de emergencia	Sí	Organizar a través de MTM
Servicios de enfermeras practicantes	Sí	
Ortesis y prótesis	Sí	Limitado a beneficiarios menores de 21 años. La cobertura no incluye soportes para el arco.
Ambulatorio PT/OT/ST	Sí	La terapia del habla requiere de autorización

40 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Beneficios médicos de MississippiCAN		
Beneficio	Cubierto	Limitaciones
Servicios de administración de alto riesgo perinatal	Sí	
Servicios de asistente médico	Sí	
Servicios médicos	Sí	
Servicios de podiatra	Sí	El cuidado de rutina de los pies no está cubierto
Enfermería privada	Sí – Solo menores de 21 años	8 horas o más por día Limitado a beneficiarios menores de 21
Cuidado extendido pediátrico recetado (PPEC)	No	
Medicamentos de receta	Sí	Límite de 6 recetas por mes; no más de 2 pueden ser de marca
Servicios de Clínica de Salud Rural	Sí	
Estudios del sueño	Sí	
Servicios de trasplante	Sí	
Cuidados del niño sano	Sí	

MississippiCAN beneficios de salud conductual		
Beneficio	Cubierto	Limitaciones
Psicoterapia individual	Sí	
Psicoterapia familiar	Sí	

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 41
o llame a Servicios para Miembros al 1-877-743-8731, TTY 711.

Beneficios

MississippiCAN beneficios de salud conductual		
Beneficio	Cubierto	Limitaciones
Psicoterapia de grupo	Sí	
Pruebas neuropsicológicas	Sí	
Intervención de crisis	Sí	
Rehabilitación psicosocial	Sí	
Tratamiento de apoyo psiquiátrico comunitario	Sí	
Tratamiento diurno	Sí	
Servicios de apoyo entre pares	Sí	
Administración de casos/ objetivos	Sí	
Hospitalización psiquiátrica para pacientes hospitalizados	Sí	
Desintoxicación para pacientes hospitalizados	Sí	
Servicios residenciales de crisis	Sí	
Programa de hospitalización parcial	Sí	
Servicios MYPAC	No	
Programa intensivo para pacientes ambulatorios (ICORT)	No	
Trato comunitario asertivo	Sí	
Terapia electroconvulsiva (TEC)	Sí	
Pruebas psicológicas	Sí	

42 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY 711.

Servicios preventivos de salud

Las visitas regulares al médico son importantes. Las siguientes son pautas de salud preventiva para hombres, mujeres y niños. Hable con su PCP acerca de cualquiera de los servicios que se puedan necesitar. Es posible que tenga otros servicios si usted está en riesgo de problemas de salud.

Atención médica preventiva para hombres *					
Servicios	Edades:	18 a 30 años de edad	31 a 50 años de edad	51 a 64 años de edad	65 o más años de edad
Examen anual					
Debe incluir:		Cada año	Cada año	Cada año	Cada año
La historia clínica;					
Altura y peso;					
Habla de lo bien que come;					
Control de la salud del comportamiento;					
Pruebas de audición;					
Controles de presión arterial;					
La detección de alcohol o abuso de sustancias;					
Las referencias a los servicios especiales que puedan necesitar para cualquier problema de salud.					
Inmunizaciones					
Las vacunas son importantes. Pregúntele a su médico qué vacunas se necesitan.		Pregunte a su médico en cada visita acerca de sus vacunas	Pregunte a su médico en cada visita acerca de sus vacunas	Pregunte a su médico en cada visita acerca de sus vacunas	Pregunte a su médico en cada visita acerca de sus vacunas
* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con su médico acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si usted está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es del U.S. Preventive Services Task Force.					

Beneficios

Atención médica preventiva para hombres* (continuación)					
Servicios	Edades:	18 a 30 años de edad	31 a 50 años de edad	51 a 64 años de edad	65 o más años de edad
Detección del cáncer					
El cáncer colorrectal:					
1. Prueba de sangre oculta en heces			1. Cada año empezando a 50 años	1. Cada año	1. Cada año
2. La sigmoidoscopia o colonoscopia			2. Cada 5 años empezando a 50 años	2. Cada 5 años	2. Cada 5 años
Cáncer de próstata			Si usted tiene 50 años o más, hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de próstata	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de próstata	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de próstata
El cáncer de testículo	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de testículo	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de testículo	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de testículo	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de testículo	Hable con su médico sobre las pruebas para el cáncer de testículo
Prueba de detección					
Prueba de tuberculosis;	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar
Evaluación de la diabetes;					
La detección de enfermedades de transmisión sexual;					
Pruebas de colesterol en suero					
* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con su médico acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si usted está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es del U.S. Preventive Services Task Force.					

Atención médica preventiva para mujeres*					
Servicios	Edades:	18 a 30 años de edad	31 a 50 años de edad	51 a 64 años de edad	65 o más años de edad
Examen anual					
Debe incluir: La historia clínica; Altura y peso; Habla de lo bien que come; Control de la salud del comportamiento; Pruebas de audición; Controles de presión arterial; La detección de alcohol o abuso de sustancias; Las referencias a los servicios especiales que puedan necesitar para cualquier problema de salud.		Cada año	Cada año	Cada año	Cada año
Inmunizaciones					
Las vacunas son importantes. Pregúntele a su médico qué vacunas se necesitan.		Las vacunas son importantes. Pregúntele a su médico qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele a su médico qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele a su médico qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele a su médico qué vacunas se necesitan.
Detección del cáncer					
Detección de cáncer de cuello uterino		Al menos una vez antes de los 21 años. Después cada 3 años	Cada 3 años	Cada 3 años	Cada 3 años
* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con su médico acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si usted está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es del U.S. Preventive Services Task Force.					

Beneficios

Atención médica preventiva para mujeres* (continuación)					
Servicios	Edades:	18 a 30 años de edad	31 a 50 años de edad	51 a 64 años de edad	65 o más años de edad
Detección del cáncer (continuación)					
Detección de cáncer de los senos			Mamografía cada 1 a 2 años, a partir de los 40 años	Mamografía cada 1 a 2 años, a partir de los 40 años	Mamografía cada 1 a 2 años, a partir de los 40 años
El cáncer colorrectal:					
1. Prueba de sangre oculta en heces			1. Cada año empezando a 50 años	1. Cada año	1. Cada año
2. La sigmoidoscopia o colonoscopia			2. Cada 5 años empezando a 50 años	2. Cada 5 años	2. Cada 5 años
Otras pruebas de detección					
Detección de tuberculosis;		Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar
Detección de la rubéola;					
Evaluación de la diabetes;					
Pruebas de colesterol en suero					
* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con su médico acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si usted está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es del U.S. Preventive Services Task Force.					

Atención médica preventiva para mujeres* (continuación)		
Servicios	Edades:	Todas las mujeres en edad fértil
Ginecología/Planificación familiar		
Prueba de Papanicolaou; Examen pélvico; Examen clínico de los senos; Detección de Chlamydia; Detección de la rubéola; Detección y asesoramiento para la prueba del VIH; Detección de enfermedades de transmisión sexual; Educación para la salud sexual; Información sobre los métodos anticonceptivos; Pruebas de embarazo		Consulte a su médico o partera cuando usted empiece una vida sexual activa o por la edad de 21 años. Después, consulte a su médico o partera cada año. Consulte a cualquier médico autorizado, enfermera o partera para servicios de planificación familiar y suministros, incluso si no son parte de la red. La cobertura para mujeres incluye acceso directo a un especialista en salud de la mujer además de un PCP.
Cuidados prenatales		
Examen prenatal; La historia clínica; Historial de salud mental; La detección de alcohol o abuso de sustancias; Manejo de casos si es necesario		Consulte a su médico o partera tan pronto como crea que está embarazada. Después, siga el horario de visitas que su médico o partera le da.
Atención posparto		
Visita de seguimiento; Manejo de casos si es necesario		Consulte a su médico o partera 6 semanas después de que nazca su bebé.
* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con su médico acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si usted está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es del U.S. Preventive Services Task Force.		

Beneficios

Atención médica preventiva para niños *					
Servicios	Edades:	De nacimiento a 2 años	3 a 6 años de edad	7 a 12 años de edad	13 a 20 años de edad
Chequeo de bebé a adolescente o Examen de bienestar para niños					
Debe incluir: Examen del niño; La historia clínica del niño; Pesar y medir niño; Comenta lo bien que come su hijo; Examen sistemático del desarrollo y del comportamiento; Exámenes de visión y de audición en la edad correcta; El médico hablará con usted acerca de lo que debe esperar de su hijo; Las referencias a los servicios especiales para su hijo		Exámenes a los edades de: 3-5 días, 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, y 30 meses	Cada año	Cada año	Cada año
Exámenes dentales					
A partir de los 6 meses , su niño debe ser visto por el dentista cada 6 meses			Lleve a su hijo al dentista cada 6 meses	Lleve a su hijo al dentista cada 6 meses	Lleve a su hijo al dentista cada 6 meses
* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con el médico de su hijo acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es de la AAP – American Academy of Pediatrics.					

Atención médica preventiva para niños (continuación)*					
Servicios	Edades:	De nacimiento a 2 años	3 a 6 años de edad	7 a 12 años de edad	13 a 20 años de edad
Inmunizaciones					
Las vacunas son importantes. Pregúntele al médico de su hijo qué vacunas se necesitan.		Las vacunas son importantes. Pregúntele al médico de su hijo qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele al médico de su hijo qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele al médico de su hijo qué vacunas se necesitan.	Las vacunas son importantes. Pregúntele al médico de su hijo qué vacunas se necesitan.
Pruebas de detección					
Anemia; Prueba para plomo. Otras pruebas de detección: TB; Colesterol; ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual).		Prueba de anemia a los 9 o 12 meses Prueba de plomo a los 12 y 24 meses	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar su hijo	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar su hijo	Pregúntele a su médico acerca de las pruebas de detección que puede necesitar su hijo
* Estas son las directrices para los servicios de rutina. Hable con el médico de su hijo acerca de cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que necesite otros servicios si está en riesgo de tener ciertos problemas de salud. Esta información es de la AAP – American Academy of Pediatrics.					

Servicios regulares de Medicaid

Hay algunos servicios de Medicaid que NO están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan, pero posiblemente pueden obtenerse de Medicaid. Esto podría incluir asesoramiento o referencia de un servicio no cubierto debido a objeciones morales o religiosas. Llame a su oficina local de Medicaid para obtener información sobre estos servicios y cualquier costo compartido requerido. (Consulte la página de los números de teléfono importantes para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid).

Tecnología nueva

Las solicitudes para cubrir los nuevos procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos son revisados por el Comité de Evaluación de Tecnologías de UnitedHealthcare Community Plan. Este grupo incluye a los médicos y otros expertos en los cuidados de la salud. El equipo utiliza las directrices nacionales y la evidencia científica de los estudios médicos para ayudar a decidir si UnitedHealthcare Community Plan debe aprobar dicho equipo, procedimientos o medicamentos.

Manejo de enfermedades y administración de cuidados

Si usted padece de una condición crónica de salud como el asma o la diabetes, UnitedHealthcare Community Plan tiene un programa que le ayudará a vivir con esa condición a la vez que a mejorar su calidad de vida. Estos programas son voluntarios y disponibles sin costo alguno para usted. Los programas le ofrecen importante información acerca de su condición física, medicamentos, tratamientos y de lo importante que son las citas de seguimiento con su doctor.

Nuestras enfermeras registradas y trabajadores sociales trabajarán con usted, su familia, su médico, sus proveedores de atención médica y otros recursos de la comunidad para diseñar un plan de atención que satisfaga sus necesidades en el entorno más apropiado. También le ayudarán con relación a otras inquietudes, como pérdida de peso, cómo dejar de fumar, realizar citas con su médico y le recordarán los exámenes especiales que podría necesitar.

Usted o su proveedor pueden comunicarse con nosotros para saber si nuestros programas de manejo de enfermedades y de administración de la atención médica pueden ayudarlo. Si usted o su proveedor consideran que un Administrador de la atención médica puede ayudarlo, o desea más información sobre los Programas de manejo de enfermedades o de administración de la atención médica, llámenos al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Programas de bienestar

UnitedHealthcare Community Plan tiene muchas herramientas para ayudarle a que usted y su familia se mantengan sanos. Los programas incluyen:

- Información para ayudarle a dejar de fumar
- Atención prenatal y Información para padres
- Pérdida de peso
- Información de nutrición
- Recordatorios de bienestar

Su proveedor podrá sugerir uno de estos programas para usted. Si quiere recibir más información o encontrar un programa cerca de donde vive, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Para dejar de fumar, también puede llamar al 1-800-227-2345 o visite quitnow.net.

Mejoramiento de la calidad

UnitedHealthcare Community Plan quiere que usted reciba cuidados de salud de calidad. Nosotros estudiamos los cuidados que usted recibe de sus proveedores. Buscamos maneras en cómo podemos mejorar nuestros servicios y resolver cualquier problema.

Para obtener más información en nuestro programa de Mejoramiento de la Calidad, en como nosotros alcanzamos nuestras metas o en los principios que guían nuestra práctica, escriba a:

UnitedHealthcare Community Plan
Quality Improvement
795 Woodlands Parkway, Suite 301
Ridgeland, Mississippi 39157

Para las futuras madres y niños

Healthy First Steps™

UnitedHealthcare Community Plan tiene disponible para las futuras madres un programa llamado Healthy First Steps, sin costo alguno para usted. Este programa es para ayudarle a usted y a su bebé durante y después de su embarazo. Cuando usted se inscribe en el programa, obtendrá un administrador de sus cuidados de salud personales, quien trabajará con usted en una estrecha relación. Él o ella pueden:

- Ayudarle a encontrar a un doctor
- Programar transporte a las citas
- Ofrecerle útil información en cómo debe cuidar de su bebé
- Darle apoyo después del nacimiento del bebé

Entre más pronto usted se inscriba, más pronto su bebé se beneficiará. Para inscribirse, simplemente llame al **1-800-599-5985**, TTY **711**, de las 8:30 a.m. a las 5:30 p.m. de lunes a viernes.

WIC es un programa de educación nutricional. Proporciona alimentos saludables como leche, cereal y jugo si está usted embarazada o dando el pecho. También puede proporcionar alimentos para su bebé y niños de hasta 5 años de edad. Visite www.nwica.org para obtener el número de teléfono de su oficina local de WIC si aún no se ha registrado.

¿Va a tener un bebé?

Si piensa que está embarazada, llame su oficina local de Medicaid y a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Con esto usted asegura que obtendrá todos los servicios que se encuentran disponibles.

Cuidados prenatales

La atención prenatal es cuando una mujer embarazada visita al doctor durante su embarazo. La atención prenatal le permite a su doctor ver qué tan bien va el embarazo y si hay algún problema. Incluso, si una mujer ha estado embarazada antes, debe visitar a su doctor regularmente.

Es mejor si toda la atención prenatal proviene del mismo médico. Recomendamos que una mujer embarazada consulte al médico al menos diez veces durante su embarazo. También deberá volver a ver a su médico después del parto. A esto se le llama atención posparto. Es para asegurarse de que tanto ella como su bebé estén sanos.

Programa de bien estar para niños — Pruebas de Salud, Diagnóstico y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT)

Estas visitas EPSDT con el doctor son para todos los miembros de MississippiCAN menores de 21 años de edad.

Visitas EPSDT

Las visitas de EPSDT son un momento para que su PCP vea cómo su hijo está creciendo y desarrollándose. También le darán los exámenes necesarios, como pruebas de habla y audición, y vacunas durante estas visitas. Estas visitas de rutina también son un buen momento para hacer cualquier pregunta que tenga sobre el comportamiento y el bienestar general de su hijo, incluyendo:

- Comiendo
- Dormiendo
- Comportamiento
- Interacciones sociales
- Actividad física
- Asesoramiento y orientación para adolescentes

Todas las visitas y procedimientos EPSDT están cubiertos. Para obtener información, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Horario de chequeo

Es importante programar las visitas EPSDT de su hijo para estas edades:

- 3 a 5 días
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- Una vez al año después de los 3 años

Beneficios

Aquí hay inyecciones que probablemente le dará el médico y cómo protegen a su hijo:

- **Hepatitis A y Hepatitis B:** previenen a dos infecciones comunes del hígado
- **Rotavirus:** protege contra un virus que produce diarrea severa
- **Difteria:** previene en contra de infecciones peligrosas de la garganta
- **Tétanos:** previene en contra de una peligrosa enfermedad de los nervios
- **Tosferina:** protege en contra de esta enfermedad de las vías respiratorias
- **HiB (Haemophilus influenza tipo B):** previene la meningitis por Haemofilus en la niñez
- **Meningococical:** previene la meningitis bacteriana
- **Polio:** previene que el virus de la poliomielitis cause parálisis
- **MMR:** previene el sarampión, las paperas y la rubeola
- **Varicela:** previene la varicela
- **Influenza:** protege en contra del virus de la influenza
- **Vacuna neumocócica:** previene en contra de las infecciones de los oídos, de la sangre, neumonía y meningitis bacteriana
- **HPV (vacuna del virus del papiloma humano):** protege en contra de enfermedades transmitidas sexualmente que pueden producir el cáncer cervical en las mujeres y verrugas genitales en los hombres

Programa Dr. Health E. Hound®

Estamos orgullosos de nuestra mascota — el Dr. Health E. Hound. Tiene como fin ayudar a enseñar a sus hijos formas divertidas de mantenerse en forma y sanos.

Al Dr. Health E. Hound le encanta viajar por todo el país y conocer a niños de todas las edades. Le gusta entregar folletos, carteles, adhesivos y libros para colorear acerca de alimentos saludables y ejercicio. También ayuda a que los niños entiendan que ir al médico es una forma importante de mantenerse sanos. Usted y su familia pueden reunirse con el Dr. Health E. Hound en algunos de nuestros eventos. Venga a un evento y aprenda sobre la importancia de alimentarse de forma saludable y de hacer ejercicio.

Otros detalles del plan

Cómo encontrar a un proveedor dentro de la red

Nosotros hacemos fácil el proceso para encontrar a un proveedor de nuestra red. Para localizar a un proveedor o a una farmacia cercana a usted:

Visite en internet myuhc.com/CommunityPlan para obtener información actualizada. Haga clic sobre “Find a Provider.” – “Para encontrar un proveedor”.

Llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Nosotros podemos localizar a uno para usted. También, si así lo desea, podemos enviarle por correo un Directorio de Proveedores.

Directorio de Proveedores

Usted tiene a su disposición un directorio de proveedores ubicados dentro de su área. El directorio enumera los nombres, direcciones, números de teléfono y horas de operación, incluidos los horarios de atención no tradicionales, de nuestros proveedores dentro de la red, incluyendo a los PCP y especialistas del grupo PCP, hospital, instalaciones, FQHC y RHC. Además, el directorio le indicará si un proveedor aceptará a nuevos pacientes y si la oficina/instalación tiene adaptaciones incluidas para personas con discapacidades físicas, incluyendo en oficinas, salas de exámenes y equipos.

Su directorio le informará sobre cualquier restricción de elección entre los proveedores de la red y los paneles cerrados (solo en la versión web).

Finalmente, el directorio identifica las capacidades culturales y lingüísticas, incluidos los idiomas y el lenguaje de señas ofrecidos por el proveedor o el intérprete en su oficina, así como el término de la capacitación del proveedor.

Otros detalles del plan

La información acerca de los proveedores cambia a menudo. Visite nuestro sitio en internet para obtener la más reciente información en myuhc.com/CommunityPlan. Usted puede ver y/o imprimir el directorio de proveedores desde el sitio en internet o oprima sobre “Find a Provider” – “Para encontrar a un proveedor” cuando quiere llevar a cabo una búsqueda en el directorio a través de internet.

Si usted desea una copia impresa de nuestro directorio, llame por favor a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711** y le enviaremos una copia por correo.

Servicios de interpretación y asistencia con el idioma

Muchos de nuestros empleados en Servicios para Miembros hablan otros idiomas. Si usted no puede conectar con uno de ellos que hable su idioma, usted puede encontrar a un intérprete sin costo que se comuniquen con Servicios para Miembros.

Muchos de los proveedores de nuestra red también hablan otros idiomas. Si usted consulta con uno que no hable su idioma, usted puede emplear a nuestros intérpretes o servicios de Lenguaje Hablado sin costo para ayudarle durante su cita. Haga los arreglos para obtener servicios de interpretación por lo menos 72 horas antes de su cita. Para emplear servicios de Lenguaje Hablado, se requiere que haga la solicitud dos semanas antes de la cita.

Usted también puede obtener los materiales impresos que le enviamos, ya sea impresos en un idioma diferente o traducido. Para hacer arreglos para tener un intérprete, servicios de traducción o para un formato de audio sin costo, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Actualización de su información

Para asegurarse de que la información personal que tenemos de usted sea correcta, por favor infórmenos si existe algún cambio en la siguiente información:

- Estado civil
- Dirección
- Nombre del miembro
- Número de teléfono
- Embarazo
- Tamaño de la familia (nacimiento, muerte, etc.)
- Otro seguro médico

Por favor llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**, si esta información cambia. UnitedHealthcare Community Plan necesita actualizar los registros para informarle sobre nuevos programas, enviarle recordatorios sobre chequeos de salud, enviarle por correo boletines informativos para miembros, tarjetas de identificación y otra información importante. También debe informarle a Medicaid si hizo algún cambio. Ellos necesitan información actualizada respecto de su dirección cada vez que se muda.

Otro seguro

Si tiene otro seguro, llame a Servicios para Miembros para informarnos.

- Si es miembro, su otro seguro médico deberá pagar las facturas de atención médica primero
- Cuando recibe atención, siempre muestre ambas tarjetas de identificación de miembro (de UnitedHealthcare Community Plan y de su otro seguro)

Fraude y abuso

Cometer un fraude o un abuso es ilegal. El fraude es un acto deshonesto hecho a propósito.

Ejemplos de fraude por los miembros son:

- Permitir que otra persona use su(s) tarjeta(s) del plan de salud de MississippiCAN o su tarjeta de identificación de Medicaid
- Obtener recetas con la intención de abusar o vender drogas

Un ejemplo de fraude por los proveedores es:

- Facturación por servicios no prestados

El abuso es un acto que no sigue las buenas prácticas. Un ejemplo de abuso por los miembros es:

- Ir a la sala de emergencias por una afección que no es una emergencia

Un ejemplo de abuso por un proveedor es:

- Prescribir un artículo más caro de lo necesario

Cualquier persona que realice una declaración falsa o una reclamación falsa para recibir o aumentar los beneficios puede ser objeto de cargos penales, que pueden derivar en un procesamiento judicial por fraude. También puede provocar que pierda sus beneficios de Mississippi CAN. **Si sospecha que alguna persona ha realizado un fraude, llame al 1-866-242-7727, TTY 711.** Usted no tiene que dejar o dar su nombre. También puede informar a la Oficina de Integridad del programa de la División de Medicaid al 1-800-880-5920.

Si usted recibe una factura

Antes de que reciba servicios para los cuidados de la salud que no están cubiertos, hable con su doctor acerca de cómo puede pagar por ellos. Recuerde, si usted pide por servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan, usted tendrá que pagar la factura.

Nosotros pagaremos por todos los cuidados cubiertos otorgados por proveedores dentro de nuestra red. Los proveedores dentro de nuestra red no deberán cobrar ningún honorario ni copagos por aquellos cuidados que se ofrecen como parte de su plan de salud. Si a usted alguna vez se le pide cubrir el costo por cualquier servicio cubierto, llame de inmediato a su doctor y dele la información de su seguro y la dirección de UnitedHealthcare. No pague usted esa factura. Si usted aun continua recibiendo facturas, llame por favor a Servicios Para Miembros al **1-877-743-8731, TTY 711**, para recibir ayuda.

Avances médicos

Nuestro Comité de Evaluación de Tecnología revisa las solicitudes para cubrir equipo y procedimientos recientemente desarrollados. Este comité incluye a doctores y a otros profesionales de salud. El comité emplea guías y evidencia científica para decidir si serán aprobados.

Su opinión cuenta

¿Tiene alguna idea sobre cómo UnitedHealthcare Community Plan puede mejorar? Existen muchas formas en las que puede decirnos qué piensa.

- Llame a Servicios para Miembros a **1-877-743-8731**, TTY **711**
- Escribanos a:

UnitedHealthcare Community Plan
Member Advocate
795 Woodland Parkway, Suite 301
Ridgeland, MS 39157

Comité de asesoramiento para miembros

Tenemos también un Comité de asesoramiento para miembros que se reúne cada tres meses. Si piensa que le gustaría unirse a nosotros, llame a Servicios para Miembros.

Directivas Avanzadas

El derecho del paciente a decidir

Usted tiene derecho a presentar una “directiva avanzada”. Este documento dice, por adelantado, qué tipo de tratamiento que desea o no desea si usted tiene una condición médica grave que le impide decirle a su proveedor cómo desea ser tratado. Por ejemplo, si usted fue llevado a un centro de atención médica en coma, una directiva avanzada dejaría saber al personal de la instalación cómo quiere que sea manejado su atención de la salud.

Hay dos tipos de Directivas Avanzadas: 1) Un testamento en vida; y 2) Una Carta Poder para Cuestiones Médicas (a la cual también se le llama “Mandato de Representación para los Cuidados de Salud” o “Representante de los Cuidados de Salud”). Un “representante” es una persona a la cual usted le confía poder hablar en su nombre cuando usted ya no pueda hacerlo. Usted debe pensar cuidadosamente a que persona va usted a confiar para cuestiones acerca de su salud. Usted debe tener una larga plática con su representante acerca de su directiva avanzada para que esta persona sea capaz de tomar una decisión en la misma forma en que usted lo haría. Dos ejemplos de Directivas Avanzadas se pueden encontrar en nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan. Los miembros que tengan quejas sobre directivas anticipadas pueden ponerse en contacto con la Encuesta estatal (State Survey) y el Departamento de salud del estado de Mississippi (Mississippi State Department of Health).

Elegibilidad

UnitedHealthcare Community Plan no decide si usted califica para MississippiCAN. La decisión se hace por Mississippi Division de Medicaid (DOM).

Si tiene cualquier pregunta, llame a Division of Medicaid (DOM) al 1-800-884-3222 o 1-800-421-2408 o 1-601-359-6050.

Inscripción

La inscripción a MississippiCAN es por 12 meses o hasta que usted pierde la elegibilidad, cualquiera que ocurra primero. DOM le informará a UnitedHealthcare Community Plan la fecha de su inscripción. Su elegibilidad continúa hasta que DOM le informe a UnitedHealthcare la fecha en que usted está dado de baja.

Comuníquese con la entidad de elegibilidad en donde se inscribió, como la Administración del Seguro Social o Medicare o Medicaid:

- Si hay cambios en el número de miembros en su familia
- Si usted cambia de domicilio
- Si hay cambios en sus ingresos
- Si usted obtiene cobertura de salud bajo otra póliza o hay cambios con ese tipo de cobertura

Para reportar cambios, llame, escriba o visite a la persona que le otorgó la elegibilidad — el sitio donde fue usted inscrito por primera vez.

Incentivos para miembros

UnitedHealthcare Community Plan of Mississippi ofrece incentivos a los miembros en medidas selectas para alentar a los miembros a realizar evaluaciones anuales de bienestar. Algunas medidas elegibles para incentivos pueden incluir:

- Pruebas de detección de cáncer de mama
- EPSDT adolescente/exámenes de niño sano
- Exámenes diabéticos de la vista

Los miembros que son elegibles para incentivos recibirán comunicación sobre los programas actuales a través de llamadas y/o correos. Los miembros también pueden comunicarse con Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**, para obtener una lista de los incentivos actuales.

Cada año, UnitedHealthcare revisa el programa de incentivos. Los incentivos para miembros por lo general oscilan entre \$25 y \$50 y se ofrecen en forma de una tarjeta de recompensa prepagada de Mastercard.

Si usted quiere darse de baja de UnitedHealthcare Community Plan

Mississippi Division de Medicaid (DOM) tiene el mandato que dice que miembros que están dentro de categorías específicas de elegibilidad sean inscritos dentro de una Organización Coordinada de Cuidados (CCO) bajo el programa MississippiCAN. Usted recibirá una carta de Division de Medicaid informándole acerca de su posición después de su inscripción inicial. Usted también puede ponerse en contacto con DOM en cualquier momento para determinar si su inscripción es como miembro mandatorio o si es opcional.

Para los suscriptores mandatorios

Si usted pertenece a una de esas categorías de elegibilidad, usted entonces puede cambiar de CCOs devolviendo el formulario de cambio obligatorio de MississippiCAN dentro de los primeros 90 días de su inscripción, pero debe usted estar inscrito con un CCO:

- SSI
- Discapacitación en el trabajo
- Cáncer cervical y de la mama
- Mujeres embarazadas
- Padres/Cuidadores
- Asistencia médica para niños
- Otras poblaciones además de SSI, Niños discapacitados viviendo en el hogar, DHS – Niños en hogares de acogida (Asistencia en adopción) y Nativos Americanos

Para los suscriptores opcionales

Una vez que usted se encuentre inscrito dentro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene 90 días para enviar su Formulario de cambio opcional de MississippiCAN que recibió por correo para detener su inscripción. Si sobrepasa ese periodo, usted tendrá que ser miembro de nuestro plan por el siguiente año o hasta el siguiente periodo de inscripciones abiertas. Usted puede cambiar su inscripción por cualquier razón durante los primeros 90 días después de obtener su membresía. Llame a DOM para detener su membresía durante este periodo.

Después de los primeros 90 días, usted deberá tener una razón para dar por terminada su membresía con UnitedHealthcare Community Plan algunas de estas razones pueden ser:

- Usted se mudó fuera del área de nuestros servicios
- Nosotros no cubrimos el tipo de servicio que usted solicita

Para darse de baja o para cambiar su plan, usted debe ponerse en contacto con DOM por escrito o por teléfono.

62 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Cancelación de su inscripción “con causa”

Cualquier miembro puede solicitar la cancelación de su inscripción “con causa”. La solicitud debe enviarse a la Division of Medicaid para que sea aprobada. Usted puede solicitar la cancelación de su inscripción en forma oral o por escrito. Usted puede solicitar la cancelación de su inscripción “con causa” si:

- Los servicios que usted desea no están cubiertos debido a razones morales o religiosas
- Usted no puede obtener todos los servicios relacionados dentro de la red del Plan
- Su doctor determina que recibiendo los servicios por separado puede ponerlo en riesgo y resultar en una pobre calidad de los cuidados de salud
- Su capacidad de obtener los servicios para los cuidados de su salud con cobertura bajo el Plan es limitada
- La posibilidad de obtener los servicios para los cuidados de su salud de parte de proveedores experimentados en su tratamiento se encuentra limitada

Otras razones para la desafiliación

Un miembro puede también ser desafiliado por las siguientes razones:

- El miembro ha fallecido
- Usted ya no califica para recibir asistencia médica
- Usted ya es residente de una casa de reposo con asistencia médica, o reside en una institución de cuidados intermedios o en otra institución que no es una institución residencial con tratamientos psiquiátricos
- Usted se encuentra en un programa de exención
- Usted ya es elegible para estar cubierto por Medicare
- Usted ha sido diagnosticado con hemofilia
- Usted ya no reside en el estado

Terminación de la cobertura

Si usted se da de baja, su cobertura terminará en el último día del mes en que se dio de baja.

Otros seguros médicos (Coordinación de Beneficios – COB)

Si usted o cualquiera de los miembros de su familia tiene otro seguro médico, debe llamar a Servicios para Miembros e informarles. Por ejemplo, si usted tiene un plan de salud en su trabajo o si sus hijos tienen un seguro por parte de cualquiera de los dos padres, llame a Servicios para Miembros. Si usted tiene otro seguro médico:

- Llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**
- Llame a la División de Medicaid (DOM) al 1-800-884-3222 o 1-800-421-2408 o 601-359-6050

Si usted tiene otro seguro, UnitedHealthcare Community Plan y ese otro seguro compartirán el costo de sus cuidados. A esto se le llama **Coordinación de Beneficios**. Juntos, ambos planes pagarán no más del 100% de la factura.

Si nosotros pagamos por completo la factura y la otra parte debería de pagar parte del costo, nosotros nos pondremos en contacto con el otro plan. Por ejemplo, si usted resulta lesionado en un accidente de automóvil, el seguro del auto pagará algunas de las cuentas. Usted no recibirá una factura por las cuentas de los servicios que están cubiertos. Nosotros recibiremos esas cuentas. Si usted recibe una cuenta por error, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

No discriminación

UnitedHealthcare no discriminará por motivos de raza, origen étnico, identidad de género, preferencia u orientación sexual o afectiva, edad, religión, credo, color, nacionalidad, ascendencia, discapacidad, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

Derechos y responsabilidades

Mantener a la “Declaración de Derechos” de los clientes

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades cuando se inscriba. Es importante que usted entienda plenamente tanto sus derechos y sus responsabilidades. La siguiente declaración de derechos y responsabilidades se presenta aquí para su información. El Estado debe garantizar que cada persona inscrita es libre de ejercer sus derechos, y que el ejercicio de estos derechos no afecta negativamente a la forma en que el plan de salud y sus proveedores o la agencia estatal traten el afiliado.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre UnitedHealthcare Community Plan, sus servicios, los médicos que proporcionan la atención, y los derechos y responsabilidades de los miembros
- Que su médico le explique en un idioma que usted entienda cuál es el problema, qué puede hacerse y cuál será el resultado
- Conocer las opciones y alternativas disponibles para el tratamiento más allá del costo o la cobertura, en una manera que puede entender
- Expresar las reclamaciones o apelaciones que se relacionen con nosotros y su atención médica
- Sugerir cambios a los derechos y responsabilidades de nuestros miembros
- Ser atendido con respeto y dignamente, independientemente del estado de salud, incapacidad física o mental, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual
- Saber dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita
- Obtener una segunda opinión
- Aprobar cualquier tratamiento o plan para la atención médica después de recibir una explicación completa de este
- Rechazar la atención médica y que se le informe sobre los riesgos que eso implica
- Permanecer libre de toda restricción o aislamiento empleados como medidas coercitivas, disciplinarias, por conveniencia o como represalia
- Obtener una copia de su expediente médico, hablar sobre ello con su médico y pedir, si es necesario, que sea enmendado o corregido
- Que se mantenga la privacidad de su expediente médico y que este solo se comparta cuando lo exija la ley o un contrato, o con su aprobación
- Recibir atención médica respetuosa en un entorno limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias
- Recibir información sobre incentivos para médicos

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 65
o llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Otros detalles del plan

- Ejercer sus derechos sin que afecte la manera en que es tratado
- Efectuar directrices anticipadas
- Tomar una decisión sobre la donación de órganos
- Contar con los servicios que no son negados o reducidos. Estos servicios no deben ser negadas o reducidas debido al diagnóstico, el tipo de enfermedad o el problema médico.
- Acceso a servicios de interpretación oral sin cargo

Usted tiene la responsabilidad de realizar lo siguiente:

- Otorgar información que nosotros y su médico para proporcionarle una atención adecuada
- Escuchar el consejo del médico, cumplir las instrucciones y formular preguntas
- Comprender sus problemas de salud y trabajar con su médico para desarrollar los objetivos del tratamiento
- Trabajar con su médico para proteger y mejorar su salud
- Averiguar cómo funciona el sistema de atención médica
- Volver a visitar al médico o pedir una segunda opinión si no mejora
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que espera para usted
- Decirnos si tiene problemas con algún personal de atención médica
- Siga el proceso para programar las citas
- Cumplir con sus citas. Si debe cancelarla, llame tan pronto como pueda.
- Llamar a su médico cuando necesite atención médica, incluso fuera del horario de consulta
- Usar la sala de emergencia solo para emergencias reales
- Informar al plan de cambios en su dirección, el número de personas en su familia o de otros cambios en su cobertura para los cuidados de la salud
- Pagar por servicios que no están aprobados y que son administrados por proveedores que no se encuentran dentro de la red cuando:
 - Usted sabe que el servicio no se encuentra cubierto
 - Usted da su acuerdo por escrito, haciéndose responsable por el pago de ese servicio
- Conocer cómo obtener servicios aprobados

Quejas, reclamaciones, apelaciones y audiencias imparciales del estado

¿Qué es una queja?

Una queja es una expresión de insatisfacción recibida oralmente o por escrito de una naturaleza menos grave o formal que se resuelve dentro de un (1) día calendario. Una queja puede ser acerca de, pero no limitada a, consultas, otros asuntos, malentendidos o a información errónea y que puede resolverse rápidamente al aclarar el malentendido o al proporcionar la información correcta.

Usted debe presentar la queja por escrito o por teléfono dentro de treinta (30) días calendario posteriores a la fecha del evento que causó la insatisfacción. Según 42 CFR 438.402 (c) (ii), usted, un representante autorizado o un proveedor que actúe en su nombre puede presentar una queja. Si alguien más va a presentar una queja por usted, nosotros debemos tener su permiso por escrito para que esa persona presente su queja. Cualquier queja que no sea resuelta dentro de un (1) día calendario será tratada como una reclamación.

¿Qué es una reclamación?

Una reclamación es una expresión de insatisfacción acerca de cualquier otra causa además de una Determinación adversa de beneficios.

Una reclamación puede ser acerca de:

- Transporte
- Acceso a servicios/proveedores
- Los cuidados de un proveedor y de tratamientos
- Servicios de la Organización de cuidados coordinados al cliente
- Los pagos y reembolsos
- Asuntos administrativos

Ejemplos de una reclamación incluyen, pero no están limitados a:

- Usted se encuentra insatisfecho con la calidad de los cuidados o servicios que obtiene
- El doctor con el cual usted quiere consultar no es un doctor en la red de UnitedHealthcare Community Plan

Otros detalles del plan

¿Qué puedo hacer si tengo razones para presentar una reclamación?

Usted o alguien quien actúa en su nombre (un proveedor, un miembro de su familia, etc.) pueden escribir o presentar una reclamación ante UnitedHealthcare Community Plan. Llame al **1-877-743-8731**, TTY **711**, o escriba a:

Grievance and Appeals
P.O. Box 5032
Kingston, NY 12402-5032

Si necesita ayuda con su reclamación, llame al número de teléfono gratuito para miembros **1-877-743-8731**, TTY **711**, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. tiempo del Centro de lunes a viernes (y 7:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Centro el miércoles). También estamos disponibles de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. tiempo del Centro el primer sábado y domingo de cada mes.

Según 42 CFR 438.402 (c) (ii), usted, un representante autorizado o un proveedor que actúe en su nombre puede presentar una queja. Si alguien más va a presentar una reclamación por usted, debemos tener su permiso por escrito para que esa persona pueda presentar su reclamación. Hay un formulario que puede usar al final de este manual. para presentar un reclamo o dar su consentimiento por escrito.

Puede presentar una reclamación llamando o escribiendo a UnitedHealthcare Community Plan. Cuando llame, se lo comunicaremos al momento de su llamada que hemos recibido su reclamación, a menos que nos solicite que confirmemos el recibo por escrito. Si nos escribe, le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días calendario para informarle que recibimos su reclamación. Revisaremos su reclamación y le enviaremos un aviso de nuestra decisión dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de su reclamación o con la mayor rapidez posible según lo requiera su estado de salud.

Si usted solicita más tiempo o demostramos que se necesita más información y la demora le interesa, el plazo puede extenderse hasta 14 días. Si solicitamos más tiempo, hacemos un intento razonable de llamarlo y le enviamos una carta para informarle por qué necesitamos más tiempo. Puede presentar un reclamo si no solicitó una extensión y no está de acuerdo con la extensión del plazo.

¿Cuál es el límite de tiempo para que un miembro pueda presentar una reclamación?

Un miembro puede presentar una reclamación en cualquier momento.

¿Qué es una Determinación adversa de beneficios?

Una determinación de beneficios adversa es la denegación o la autorización limitada de un servicio solicitado, e incluye las determinaciones en función del tipo o nivel de servicio, los requisitos de necesidad médica, la adecuación, el entorno y la efectividad de un beneficio cubierto.

Una determinación de beneficios adversa puede incluir lo siguiente:

- La reducción, la suspensión o la interrupción un servicio autorizado previamente
- El rechazo parcial o total del pago de un servicio
- La incapacidad del plan de salud de tomar una decisión con respecto a una autorización o de prestar servicios de manera oportuna
- La incapacidad del plan de salud de resolver las quejas y las apelaciones de manera oportuna según lo dispuesto en el Título 42 del CFR, artículo 438.408(b)(1) y (2)
- Si el miembro reside en un área rural en la que solo hay una Organización de Atención Administrada disponible, el rechazo de la solicitud del miembro de obtener servicios fuera de la red cubierta según lo dispuesto en el Título 42 del CFR, artículo 438.52(b)(2)(ii)
- El rechazo de la solicitud de un miembro de impugnar una responsabilidad financiera, como los costos compartidos, los copagos, el coseguro y otras responsabilidades financieras del miembro
- Las determinaciones de los centros de enfermería especializada y los centros de enfermería para transferir o dar de alta a los residentes, y las determinaciones adversas de un estado con respecto a los requisitos de pruebas de detección anteriores a la admisión y de revisión anual de residentes de la Sección 1919(e)(7) de la ley, si corresponde

¿Qué es una apelación?

Una apelación significa una revisión por parte de UnitedHealthcare Community Plan de una determinación adversa de beneficios.

Si cualquiera de los eventos arriba mencionados ocurre, UnitedHealthcare Community Plan le mandará una determinación adversa de beneficios. Una apelación es cuando usted nos comunica que usted cree que la determinación adversa de beneficios tomada es incorrecta.

Otros detalles del plan

¿Cómo puedo presentar una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan?

Los miembros tienen derecho a solicitar una apelación de una decisión acerca de de reclamación. Usted o alguien quien actúa en su nombre (un proveedor, un miembro de su familia, etc.) con su permiso por escrito puede presentar una apelación llamando o escribiendo a UnitedHealthcare Community Plan. Llame al **1-877-743-8731**, TTY **711**, o escriba a:

Grievance and Appeals
P.O. Box 5032
Kingston, NY 12402-5032

Usted debe presentar una apelación dentro de los primeros 60 días calendarios posteriores a la fecha que figura en la Notificación de Determinación adversa de beneficio de UnitedHealthcare. Si usted necesita ayuda para escribir o presentar una apelación, llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Los miembros tienen derecho a presentar información adicional o revisar el expediente del caso para presentar una una apelación.

Según 42 CFR 438.402 (c) (ii), usted, un representante autorizado o un proveedor que actúe en su nombre puede presentar una reclamación. Si alguien más va a presentar la apelación en su nombre, nosotros debemos tener autorización por escrito para que esta persona pueda presentarse apelación. Al final de este manual, hay un formulario que puede usar.

Cuando presente una apelación, le enviaremos una carta dentro de los diez (10) días calendario informándole que recibimos su apelación. Revisaremos la apelación, la resolveremos y enviaremos un aviso por escrito con la resolución dentro de treinta (30) días calendario. Este plazo puede extenderse por hasta catorce (14) días calendario si usted lo solicita, o bien si determinamos que se necesita más información y que una demora en la entrega de la decisión es en el mejor interés del miembro. Para cualquier extensión no solicitada por usted ni por su representante, UnitedHealthcare hará un intento para llamarle y notificarle por escrito el motivo de la demora. Usted podrá presentar una reclamación si no solicitó una extensión y si no está de acuerdo con el plazo de la extensión.

Si ha estado recibiendo atención médica y su plan de salud reduce, suspende o finaliza el servicio, usted puede apelar. Para que la atención médica no se detenga mientras apela la decisión, usted debe apelar dentro de diez (10) días calendario a partir de la fecha de la Notificación de determinación adversa de beneficios y solicitar que no suspendamos el servicio mientras usted esta apelando. Si no gana su apelación, es posible que deba pagar la atención médica que recibió durante este tiempo. Sus beneficios continuarán hasta que ocurra uno de los siguientes:

- Usted retira la solicitud de apelación
- No solicita una apelación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del notificación de determinación adversa de beneficios
- La autorización para los servicios ha expirado o se cumplen los límites de autorización del servicio
- Se emite una decisión de apelación que es adversa para usted

¿Qué puedo hacer si necesito obtener cuidados de inmediato?

Si usted o su doctor requieren de una decisión inmediata porque su salud se encuentra en riesgo, llame a Servicios Para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**, para obtener una revisión expedita de una Determinación adversa de beneficio. UnitedHealthcare Community Plan le llamará con nuestra decisión dentro de 72 horas de recibir su petición para obtener una revisión expedita. Este período de tiempo puede extenderse hasta 14 días si usted así lo solicita o nosotros determinamos que es necesario obtener información adicional y que es en su propio beneficio. Si nosotros solicitamos una extensión, haremos un intento razonable de llamarlo y le enviaremos una carta para informarle por qué necesitamos más tiempo. Puede presentar un reclamo si no solicitó una extensión y no está de acuerdo con la extensión del plazo.

Si decidimos que su apelación no necesita una decisión rápida basada en las reglas, lo llamaremos. Su apelación se tramitará dentro de los 30 días calendario. También le enviaremos una carta informándole esto dentro de los dos días posteriores a la llamada.

Usted recibirá por escrito una explicación de la razón por la cual tomamos esta decisión y que es lo que usted puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Otros detalles del plan

¿Cómo puedo presentar una solicitud para obtener una Audiencia Imparcial del Estado?

Si usted no está de acuerdo con una determinación adversa de beneficios tomada por UnitedHealthcare Community Plan, usted o alguna persona actuando en su nombre (un proveedor, un miembro de su familia, etc.) puede apelar directamente a Mississippi Division of Medicaid (DOM) presentando una petición para tener una Audiencia Imparcial del Estado según 42 CFR 438.402 (c) (ii). Puede apelar ante la DOM después de haber agotado sus derechos de apelación en virtud del UnitedHealthcare Community Plan.

Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial del Estado dentro de los primeros ciento veinte (120) días calendario de la fecha que figura en la decisión final de UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener información acerca de la solicitud de una Audiencia Imparcial del Estado, llame al 601-359-6050 o 1-800-421-0488 o escriba a:

Division of Medicaid Office of the Governor
Attn: Appeals Department
550 High Street, Suite 1000
Jackson, Mississippi 39201

Continuación de los beneficios

Si usted ha estado recibiendo servicios continuos o si alguno ha sido reducido, cambiado o suspendido, usted podrá continuar recibéndolos si:

- Su apelación se recibe dentro de 10 días a partir de la fecha en que figura en la Notificación de Determinación adversa de beneficio de UnitedHealthcare Community Plan
- Su petición es para que el servicio continúe

El servicio puede continuar a través del proceso de apelación y el proceso de la Audiencia Imparcial del Estado a menos que usted retire su apelación, no pida una Audiencia Imparcial del Estado y la autorización de los servicios haya expirado o se hayan alcanzado los límites de autorización del servicio. Si usted solicita una Audiencia Imparcial de Medicaid y quiere que sus beneficios continúen, debe presentar una solicitud dentro de los primeros 10 días de la fecha que figura en la determinación sobre la apelación. Si la Audiencia Imparcial del Estado determina que la decisión de UnitedHealthcare Community Plan es correcta, usted puede ser responsable del costo por la continuación de esos beneficios.

Protecciones adicionales para beneficiarios de Medicaid en Mississippi

En virtud de las leyes federales y estatales y las políticas de la institución, la División de Medicaid de Mississippi brinda protecciones adicionales a la información médica confidencial relacionada con el abuso de alcohol y drogas, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual (ETS), salud mental, resultados de exámenes genéticos y planificación familiar. Para divulgar esta clase de información a una persona externa a Medicaid, se necesita autorización previa por escrito, salvo que:

- Sea para tratamientos de emergencias médicas
- No esté identificada o su divulgación no permita identificar que el beneficiario posee información sensible de esta clase
- Sea para investigaciones científicas, en circunstancias determinadas
- Sea para auditorías administrativas o financieras, en circunstancias determinadas
- Sea para evaluaciones de programas, en circunstancias determinadas
- Sea una orden judicial, si corresponde
- Lo exija la ley por otros motivos
- Se dirija a un representante personal (salvo en el caso de menores; se debe obtener la autorización del menor antes de divulgar la información a un padre, tutor u otro representante legal)
- Se trate de comunicaciones internas de la institución con el propósito de prestar servicios de diagnóstico, tratamientos o referencias para tratamientos
- Sea para aplicar la ley en cuanto a delitos o amenazas de delito en las instalaciones o contra el personal
- Se dirija a entidades que presten servicios a la institución (por ejemplo, contratistas o asociados empresariales)

Términos importantes

Abuso: Prácticas de los proveedores que no son consistentes con las prácticas comerciales o médicas fiscales sólidas y que producen un costo innecesario para el programa de Medicaid, o un reembolso de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente. También incluye prácticas de miembros que producen costos innecesarios para el programa de Medicaid.

Determinación adversa de beneficios: Una determinación de beneficios adversa es la denegación o la autorización limitada de un servicio solicitado, e incluye las determinaciones en función del tipo o nivel de servicio, los requisitos de necesidad médica, la adecuación, el entorno y la efectividad de un beneficio cubierto.

Una determinación de beneficios adversa puede incluir lo siguiente:

- La reducción, la suspensión o la interrupción un servicio autorizado previamente
- El rechazo parcial o total del pago de un servicio
- La incapacidad del plan de salud de tomar una decisión con respecto a una autorización o de prestar servicios de manera oportuna
- La incapacidad del plan de salud de resolver las quejas y las apelaciones de manera oportuna según lo dispuesto en el Título 42 del CFR, artículo 438.408(b)(1) y (2)
- Si el miembro reside en un área rural en la que solo hay una Organización de Atención Administrada disponible, el rechazo de la solicitud del miembro de obtener servicios fuera de la red cubierta según lo dispuesto en el Título 42 del CFR, artículo 438.52(b)(2)(ii)
- El rechazo de la solicitud de un miembro de impugnar una responsabilidad financiera, como los costos compartidos, los copagos, el coseguro y otras responsabilidades financieras del miembro
- Las determinaciones de los centros de enfermería especializada y los centros de enfermería para transferir o dar de alta a los residentes, y las determinaciones adversas de un estado con respecto a los requisitos de pruebas de detección anteriores a la admisión y de revisión anual de residentes de la Sección 1919(e)(7) de la ley, si corresponde

Apelación: Una solicitud formal para que UnitedHealthcare revise una decisión que tomó o una determinación adversa de beneficios que llevó a cabo.

Queja: Una expresión de insatisfacción de naturaleza menos grave o formal que se resuelve en el plazo de un (1) día hábil desde su recepción.

Equipo médico duradero (DME): Las cosas tales como sillas de ruedas, andadores, medidor de glucosa, postes IV. También los suministros desechables como vendas, catéteres y agujas.

Emergencia: Un repentino y, en ese momento, inesperado cambio en el estado mental o físico de una persona por el cual, si no recibe un procedimiento o tratamiento inmediato, podría resultar en 1) la pérdida de la vida o una extremidad, 2) daño significativo a una función corporal o, 3) daño permanente en una parte del cuerpo.

FQHC: Centro de atención médica federalmente calificado.

Reclamación: Una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios.

Información sobre la salud: Datos sobre su salud y su atención. Esta información puede provenir de UnitedHealthcare o de un proveedor. Contiene información sobre su salud física y mental y también sobre pagos por atención médica.

Inmunización: Una vacuna que protege o “inmuniza” a un miembro contra una enfermedad. Los niños deben recibir una serie de estas inmunizaciones a edades específicas. Estas vacunas, por lo general, se aplican durante las visitas médicas regulares.

Dentro de la red: Médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que tienen un acuerdo con UnitedHealthcare para ofrecer servicios de atención médica a los miembros.

Hogar Médico: Médico al cual usted va en todo momento.

Medicamento Necesario: Servicio que (1) Previene, diagnostica o trata una enfermedad física o mental o una lesión; asegura el crecimiento y el desarrollo adecuado a la edad; minimiza el empeoramiento de una discapacidad; o alcanza, mantiene o recupera la capacidad funcional según los estándares de prácticas aceptados en la comunidad médica; (2) No se puede omitir sin afectar negativamente el estado de salud del miembro o la calidad de la atención médica prestada y, (3) Se proporciona en el entorno más adecuado.

Miembro: Persona elegible inscrita en UnitedHealthcare a través del programa MississippiCAN.

Fuera de la Red: Médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que no tienen un acuerdo con UnitedHealthcare para ofrecer servicios a los miembros de MississippiCAN.

Receta: Las instrucciones escritas por un médico que autorizan medicamentos o tratamientos.

Otros detalles del plan

Autorización previa: Proceso que utiliza un médico para obtener aprobación para servicios no cubiertos habitualmente por UnitedHealthcare.

Proveedor o Profesional: Persona o centro que brinda atención médica (médicos, farmacias, dentistas, clínicas, hospitales, etc.).

RHC: Centro de atención médica de salud rural.

Especialista: Cualquier médico que tiene una capacitación especial para tratar una afección o enfermedad específica.

SSI: Seguro de la Seguridad Social.

Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Por ley, nosotros¹ debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, "HI"). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartirla con otras personas o entidades.
- Qué derechos tiene sobre ella.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

La información de salud es información sobre su salud o servicios de atención de la salud. Tenemos derecho a cambiar nuestras políticas de privacidad para manejar la información de salud. Si las cambiamos, se lo notificaremos por correo postal o electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com). Le notificaremos si ocurre una filtración de su información de salud. Recopilamos y conservamos su información de salud para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La información de salud puede ser verbal, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su información de salud a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información de salud.

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con los siguientes:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud para ciertos propósitos.

Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Para recibir un pago.** Podemos recopilar, usar o compartir su información de salud para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud con sus Proveedores para ayudar con su atención.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 79
o llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

Otros detalles del plan

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos recomendar un programa de bienestar o el manejo de enfermedades. Podemos estudiar los datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proveerle información acerca de programas o productos relacionados con la salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de inscripciones, desafiliaciones y un resumen de su información de salud a su empleador. Podemos proporcionarle otra información de salud si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información de salud genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios para la salud.
- **Para comunicarnos con usted.** Podemos usar el número de teléfono o el correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted sobre sus beneficios, atención de la salud o pagos.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas que participan en su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información de salud como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para reportar abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información de salud. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información de salud. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.

- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar 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 natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de defunción, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información de salud a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para Nuestros Socios Comerciales** en caso de que sea necesario para que le brinden sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información de salud. No se les permite usar la información de salud, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Cumpliremos si se aplican leyes más estrictas.
 1. Abuso de alcohol y sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos recetados
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Otros detalles del plan

Solo usaremos su información de salud según se describe en el presente documento o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir sus notas de psicoterapia. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información de salud en ciertas listas de correo promocional. Si nos permite compartir su información de salud, el destinatario puede seguir compartiéndola. Puede retirar su consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones de información confidencial** de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud según lo permitan las leyes estatales y federales. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información de salud. Deberá presentar la solicitud por escrito. Envíela por correo postal a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro 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 la información de salud sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá presentar la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información de salud.
- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información de salud durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá ninguna información de salud compartida por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).

82 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**.

- **Solicitar que corrijamos o modifiquemos** su información de salud. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información de salud. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo usar sus derechos

- **Para Comunicarse con su Plan de Salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección: UnitedHealthcare Privacy Office MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Período.** Responderemos a su solicitud telefónica o por escrito en un plazo de 30 días.
- **Para presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una Queja a la dirección mencionada anteriormente.

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

¹ Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de seguro médico que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of America; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; y UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los Planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

Aviso de privacidad de la información financiera

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Protegemos² su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal no es información de salud. Lo identifica y no está generalmente disponible al público.

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera personal a partir de sus solicitudes o formularios. Esto podría incluir nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera personal a partir de sus transacciones con nosotros u otros. Puede ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de la información financiera personal

Solo compartiremos información financiera personal según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Preguntas sobre este aviso

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

² Para los propósitos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of ME, Inc.; Healthplex of NC, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Arizona, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators of Texas, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros de atención de la salud en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros Planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de Planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los Planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.



Estamos aquí para usted

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-877-743-8731**, TTY **711**. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan
795 Woodlands Parkway, Suite 301
Ridgeland, MS 39157

myuhc.com/CommunityPlan

1-877-743-8731, TTY **711**

**United
Healthcare
Community Plan**

