



Le damos la bienvenida a la comunidad

Manual del miembro del plan de salud y recuperación
Wellness4Me

2023



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

UnitedHealthcare Community Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles. UnitedHealthcare Community Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

UnitedHealthcare Community Plan proporciona lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos para ayudar a personas con discapacidades a comunicarse con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)
- Servicios de idioma gratuitos para las personas cuya lengua materna no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito del miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Si cree que UnitedHealthcare Community Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles:

Correo postal: Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130

Correo electrónico: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Teléfono: **1-866-433-3413**, TTY **711**

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

Sitio web: Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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

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

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande, También puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**, las 24 horas de día, los 7 días de la semana.

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. English
Call 1-866-433-3413 TTY 711

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-433-3413 TTY 711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-433-3413 TTY 711.	Spanish/Español
注意：您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-433-3413 TTY 711。	Chinese/中文
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-433-3413 رقم هاتف الصم والبكم TTY 711	Arabic/اللغة العربية
주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-866-433-3413 TTY 711로 전화하시기 바랍니다.	Korean/한국어
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-433-3413 (телетайп: TTY 711).	Russian/Русский
ATTENZIONE: Nel caso in cui la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il 1-866-433-3413 TTY 711.	Italian/Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-433-3413 TTY 711.	French/Français
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-433-3413 TTY 711.	French Creole/ Kreyòl ki soti nan Fransè
אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פון אפצאל. רופט 1-866-433-3413 TTY 711	Yiddish/אידיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-433-3413.	Polish/Polski
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong pantulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-433-3413 TTY 711	Tagalog
দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনার ভাষা "Bengali বাংলা" হয় তাহলে আপনি বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পাবেন। 1-866-433-3413 TTY 711 নম্বরে ফোন করুন।	Bengali/বাংলা
KUJDES: Ju vendosen në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-433-3413.	Albanian/Shqip
Προσοχή: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε «1-866-433-3413» TTY 711.	Greek/ Ελληνικά
توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-433-3413 TTY 711	Urdu/اردو

Números de teléfono importantes

Departamento de Servicios para Miembros	1-866-433-3413
(abierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana)	
TDD/TTY (para personas con problemas de audición)	711
Su médico de atención primaria:	Vea su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan
Línea NurseLine	1-877-597-7801
Departamento de autorización previa	1-866-604-3267
Central del Departamento de Salud del Estado de New York	1-518-473-5569
Servicios de salud conductual	1-800-493-4647
Departamento de Salud del Estado de New York (Quejas)	1-800-206-8125
New York Medicaid CHOICE	1-800-505-5678
Línea directa del programa Growing Up Healthy del estado de New York	1-800-522-5006
Red Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Lifeline)	
Teléfono	988
Chat	988lifeline.org/chat
Línea directa de violencia doméstica	
Inglés	1-800-942-6906
Español	1-800-942-6908
Personas con problemas de audición	1-800-810-7444
Línea directa de VIH/SIDA del NYS	
Inglés	1-800-541-AIDS (2437)
Español	1-800-233-SIDA (7432)
TDD	1-800-369-AIDS (2437)
Audiencia imparcial del Estado de New York	1-800-342-3334
Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York	1-800-342-3736
Departamentos de Servicios Sociales de los condados del norte:	
Departamento de Servicios Sociales del condado de Albany	1-518-447-7300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Broome	1-607-778-2669
Departamento de Servicios Sociales del condado de Cayuga	1-315-253-1011
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chautauqua	1-716-661-8200
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chemung	1-607-737-5309
Departamento de Servicios Sociales del condado de Chenango	1-607-337-1500
Departamento de Servicios Sociales del condado de Clinton	1-518-565-3222
Departamento de Servicios Sociales del condado de Columbia	1-518-828-9411
Departamento de Servicios Sociales del condado de Dutchess	1-845-486-3000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Erie	1-716-858-8000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Essex	1-518-873-3450
Departamento de Servicios Sociales del condado de Franklin	1-518-483-6770

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** 5
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Departamentos de Servicios Sociales de los condados del norte (continuación):

Departamento de Servicios Sociales del condado de Fulton	1-518-736-5640
Departamento de Servicios Sociales del condado de Genesee	1-585-344-2580
Departamento de Servicios Sociales del condado de Greene	1-518-943-3200
Departamento de Servicios Sociales del condado de Herkimer	1-315-867-1291
Departamento de Servicios Sociales del condado de Jefferson	1-315-782-9030
Departamento de Servicios Sociales del condado de Lewis	1-315-376-5105
Departamento de Servicios Sociales del condado de Livingston	1-585-243-7300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Madison	1-315-366-2211
Departamento de Servicios Sociales del condado de Monroe	1-585-753-2740
Departamento de Servicios Sociales del condado de Niagara	1-716-439-7600
Departamento de Servicios Sociales del condado de Oneida	1-315-798-5632
Departamento de Servicios Sociales del condado de Onondaga	1-315-435-2928
Departamento de Servicios Sociales del condado de Ontario	1-585-396-4060
Departamento de Servicios Sociales del condado de Orange	1-845-291-4000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Orleans	1-585-589-7000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Oswego	1-315-963-5000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Rensselaer	1-518-270-3928
Departamento de Servicios Sociales del condado de Rockland	1-845-364-2000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Seneca	1-315-539-1865
Departamento de Servicios Sociales del condado de Schenectady	1-518-388-4470
Departamento de Servicios Sociales del condado de St. Lawrence	1-315-379-2276
Departamento de Servicios Sociales del condado de Tioga	1-877-882-8313
Departamento de Servicios Sociales del condado de Ulster	1-845-334-5000
Departamento de Servicios Sociales del condado de Warren	1-518-761-6300
Departamento de Servicios Sociales del condado de Wayne	1-315-946-4881
Departamento de Servicios Sociales del condado de Westchester	1-800-549-7650
Departamento de Servicios Sociales del condado de Wyoming	1-585-786-8900
Departamento de Servicios Sociales del condado de Yates	1-315-536-5183

Ciudad de New York y Long Island:

Departamento de Servicios Sociales del condado de Nassau	1-516-227-8000
Administración de Recursos Humanos de la ciudad de New York	1-718-557-1399
Administración de Recursos Humanos de la ciudad de New York (dentro de los 5 municipios)	1-877-472-8411
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Hauppauge)	1-631-853-8730
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Riverhead)	1-631-852-3710
Departamento de Servicios Sociales del condado de Suffolk (Ronkonkoma)	1-631-854-9700

Otros recursos útiles

Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones (Office on Addiction Services and Supports, OASAS): <https://oasas.ny.gov/>

Para presentar una queja sobre el programa, llame al **1-800-553-5790**.

Para quejas sobre asesores, llame al **1-800-482-9564**, opción 5.

Oficina de Servicios Infantiles y Familiares (Office of Children and Family Services, OCFS): <http://ocfs.ny.gov/main/>

Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH): <https://www.omh.ny.gov/omhweb/about/>

Para presentar una queja, llame al número gratuito de Relaciones con el Cliente de OMH al **1-800-597-8481**.

Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD): <https://www.opwdd.ny.gov>

Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN): www.icannys.org

Teléfono: **1-844-614-8800** (Servicio de retransmisión de TTY: **711**)

Correo electrónico: ican@cssny.org

Proyecto de Acceso a la Salud Comunitaria para Adicciones y Atención de Salud Mental (Community Health Access to Addiction & Mental Healthcare Project, CHAMP) del estado de New York:

Teléfono: **1-888-614-5400**

Correo electrónico: Ombuds@oasas.ny.gov

Red Nacional de Prevención del Suicidio:

Teléfono: **988**

Chat: 988lifeline.org/chat

Sitio web myuhc.com/CommunityPlan

Otros proveedores de salud

Su PCP: _____ Teléfono: _____

Su sala de emergencia más cercana: _____ Teléfono: _____

Farmacia local: _____ Teléfono: _____

Índice

Le damos la bienvenida al plan de salud y recuperación de UnitedHealthcare Community Plan	<u>11</u>
Cómo funcionan los planes de salud y recuperación	<u>12</u>
Cómo utilizar este manual	<u>14</u>
Su tarjeta de identificación del plan de salud	<u>17</u>
Parte I: lo primero que debe saber	<u>18</u>
Cómo elegir a su médico de atención primaria (PCP)	<u>18</u>
Administración de la atención mediante el programa Health Home	<u>21</u>
Atención de la salud regular	<u>22</u>
Servicios de salud conductual de los Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) y servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE)	<u>24</u>
Cómo obtener atención especializada y referidos	<u>24</u>
Obtenga estos servicios de nuestro plan sin un referido	<u>27</u>
Emergencias	<u>30</u>
Atención de urgencia	<u>31</u>
Atención fuera de los Estados Unidos	<u>32</u>
Deseamos mantenerle saludable	<u>32</u>
Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan	<u>33</u>
Beneficios	<u>33</u>
Atención de la salud conductual	<u>41</u>
Beneficios que puede obtener de nuestro plan o con su tarjeta de Medicaid	<u>46</u>
Beneficios usando simplemente su tarjeta Medicaid	<u>47</u>
Transporte que no sea de emergencia	<u>47</u>
Transporte de emergencia	<u>51</u>
Discapacidades del desarrollo	<u>51</u>

Servicios sin cobertura	51
Si recibe una factura	52
Administración de la utilización	54
Autorización de servicios y acciones	55
Otras decisiones sobre su atención médica	59
Cómo pagamos a nuestros proveedores	59
Usted puede ayudar con las políticas del plan	60
Manténganos informados	61
Cancelación de inscripción y transferencias	61
Apelaciones al plan	64
Apelaciones externas	69
Audiencias imparciales	71
Proceso de queja	74
Derechos y responsabilidades de los miembros	77
Nueva tecnología	78
Directrices anticipadas	79

Le damos la bienvenida al plan de salud y recuperación de UnitedHealthcare Community Plan

Nos complace que se haya inscrito en UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan es un plan de salud y recuperación (Health and Recovery Plan, HARP), aprobado por el estado de New York. Los HARP son un nuevo tipo de plan que proporciona a los miembros de Medicaid atención médica y también atención de salud conductual. En este manual, salud conductual significa salud mental, trastorno por consumo de sustancias y rehabilitación.

Somos un plan de atención médica especial con proveedores que tienen mucha experiencia en el tratamiento de personas que pueden necesitar atención de salud mental y/o por consumo de sustancias para mantenerse saludables. También proporcionamos servicios de administración de la atención para ayudarles a usted y a su equipo de atención médica a trabajar juntos para mantenerle lo más saludable posible.

Este manual será su guía para todo el rango de servicios de atención de la salud disponibles para usted.

Puede afiliarse a este plan si vive en los siguientes condados del estado de New York:

Condados de Albany, Broome, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Dutchess, Erie, Essex, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Jefferson, Lewis, Livingston, Madison, Monroe, Nassau, Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orange, Oswego, Rensselaer, Rockland, Seneca, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester y Wyoming; y la ciudad de New York, incluidos los condados de Bronx, Kings, Queens, Richmond y New York

Deseamos garantizarle un buen comienzo como nuevo miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Para conocerle mejor, nos pondremos en contacto con usted en las próximas dos semanas. Puede hacernos las preguntas que desee u obtener ayuda a través de citas. Si desea hablar con nosotros antes, simplemente llámenos al **1-866-433-3413**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan para obtener más información sobre UnitedHealthcare Community Plan.

Cómo funcionan los planes de salud y recuperación

El plan, nuestros proveedores y usted

Es posible que haya visto o escuchado sobre los cambios en la atención de la salud. Muchos consumidores obtienen sus beneficios para la salud a través de la atención administrada, que proporciona un hogar central para su atención. Si usted estaba recibiendo servicios de salud conductual utilizando su tarjeta Medicaid, ahora esos servicios pueden estar disponibles a través de UnitedHealthcare Community Plan.

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, tendrá todos los beneficios disponibles en Medicaid regular, y además puede obtener servicios especializados para ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud. Ofrecemos servicios ampliados para ayudarle a mantenerse saludable y ayudar con su recuperación.

UnitedHealthcare Community Plan ofrece nuevos servicios llamados Servicios de salud conductual basados en el hogar y la comunidad (Behavioral Health Home and Community Based Services, BH HCBS) y Servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (Community Oriented Recovery and Empowerment, CORE) a los miembros que cumplan con los requisitos.

Los BH HCBS pueden ayudarle con lo siguiente:

- Servicios de apoyo a la educación
- Servicios prevocacionales
- Empleo de transición
- Empleo intensivo respaldado
- Empleo continuo respaldado
- Rehabilitación
- Transporte no médico
- Servicios de intervención en crisis
- Servicios de residencia en caso de crisis

Los servicios CORE pueden ayudarle con:

- Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario
- Servicios de empoderamiento: apoyos entre pares
- Apoyo y capacitación para la familia
- Rehabilitación psicosocial

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, también tendrá la oportunidad de inscribirse en un Health Home y reunirse con un administrador de la atención que trabajará con todos sus proveedores de salud física y conductual para prestar especial atención a sus necesidades integrales de atención médica. El administrador de la atención de Health Home ayudará a garantizar que usted reciba los servicios médicos, de salud conductual y sociales que pueda necesitar, como ayuda para obtener asistencia de vivienda y alimentos.

Es posible que esté utilizando su tarjeta Medicaid para obtener un servicio que ahora está disponible a través de UnitedHealthcare Community Plan. Para averiguar si un servicio que ya recibe ahora es proporcionado por UnitedHealthcare Community Plan, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Usted y su equipo de atención médica trabajarán juntos para asegurarse de que disfrute de la mejor salud física y emocional posible. Puede obtener servicios especiales para la vida saludable, como clases de nutrición y ayuda para dejar de fumar.

UnitedHealthcare Community Plan tiene un contrato con el Departamento de Salud del estado de New York para satisfacer las necesidades de atención de la salud de las personas con Medicaid. Por nuestra parte, elegimos un grupo de proveedores de atención médica, salud mental y consumo de sustancias para ayudar a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, clínicas, laboratorios, administradores de casos y otras instalaciones de atención de la salud forman nuestra **red de proveedores**. Encontrará una lista en nuestro Directorio de proveedores. Si no tiene un directorio de proveedores, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** para obtener una copia o visite nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

Cuando se inscriba en UnitedHealthcare Community Plan, uno de nuestros proveedores cuidará de usted. La mayor parte del tiempo esa persona será su **médico de atención primaria (primary care provider, PCP)**. Es posible que desee elegir un PCP de su clínica de salud mental o consumo de sustancias. Si necesita hacerse un análisis, consultar a otro especialista o ir a un hospital, su médico de atención primaria se encargará de ello.

Su médico de atención primaria se encuentra disponible todos los días, durante el día y la noche. Si necesita hablarle fuera de las horas de consulta o durante los fines de semana, deje un mensaje y la manera de localizarle. Su médico de atención primaria se comunicará con usted lo antes posible. Aunque su médico de atención primaria es su fuente principal de atención médica, en algunos casos, usted puede “autorreferirse” a ciertos médicos para obtener algunos servicios. Consulte la página 25 para ver los detalles.

Es posible que se le restrinja a ciertos proveedores del plan si usted:

- Obtiene atención de diferentes médicos para el mismo problema
- Obtiene atención médica con más frecuencia de la necesaria
- Utiliza medicamentos recetados de una manera que puede ser peligrosa para su salud
- Permite que otra persona, además de usted, utilice su tarjeta de identificación del plan

Bienvenido

Confidencialidad

Respetamos su derecho a la privacidad. UnitedHealthcare Community Plan reconoce la confianza necesaria entre usted, su familia, sus médicos y otros proveedores de atención. UnitedHealthcare Community Plan nunca divulgará sus antecedentes médicos o de salud conductual sin su aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán su información clínica serán UnitedHealthcare Community Plan, su médico de atención primaria, su administrador de la atención de Health Home y otros proveedores que le brinden atención y su representante autorizado. Su médico de atención primaria y/o administrador de la atención de Health Home siempre hablarán con usted con anticipación sobre los referidos a dichos proveedores. El personal de UnitedHealthcare Community Plan ha sido capacitado para mantener la estricta confidencialidad de los miembros.

Cómo usar este manual

Le explicará cómo funciona su nuevo plan de atención médica y cómo puede aprovechar al máximo el UnitedHealthcare Community Plan. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le explica los pasos que debe seguir para que el plan funcione.

Las primeras páginas describen lo que necesita saber de inmediato. El resto del manual puede esperar hasta que usted lo necesite. Utilícelo como referencia o revíselo poco a poco. Cuando tenga una pregunta, consulte este manual o llame a nuestra unidad de Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**. También puede llamar a la Línea de ayuda de Medicaid Choice de New York al 1-800-505-5678.

Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda **cada vez que tenga una pregunta**. También puede llamarnos para elegir o cambiar de médico de atención primaria (PCP, para abreviar), preguntar sobre beneficios y servicios, obtener ayuda con referidos, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, informar que está embarazada o el nacimiento de un nuevo bebé o preguntar sobre cualquier cambio u otro asunto que pueda afectar sus beneficios.

Estamos orgullosos de tenerle como miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Esperamos lograr que su experiencia de atención de la salud sea lo más simple posible **a partir de hoy**.

Nuestros defensores de miembros pueden responder las preguntas que usted pueda tener sobre los beneficios cubiertos por su plan y ayudarle a elegir un nuevo PCP si no tiene uno. Incluso podemos ayudarle a programar una visita de bienestar con su médico.

Como nuevo miembro, recibirá una llamada de uno de nuestros defensores de miembros altamente capacitados para darle la bienvenida a nuestro plan. Nuestros defensores de miembros podrán responder cualquier pregunta que pueda tener sobre sus beneficios y médicos disponibles para usted, así como ayudarle a completar su evaluación de salud.

14 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Lo que necesita saber sobre su evaluación de salud

- Una evaluación de salud es una encuesta breve y sencilla con preguntas simples sobre su salud y estilo de vida
- Nos ayuda a conocerle mejor
- Le ayuda a aprovechar al máximo su plan de salud
- Nos ayuda a conectarle con los múltiples beneficios y servicios disponibles para usted
- Sus respuestas son confidenciales
- No reducirán de modo alguno su cobertura de atención médica
- ¡Solo demorará unos minutos en completarlo!

¿Se perdió nuestra llamada de bienvenida?

Nuestros defensores de miembros están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Simplemente llame al **1-800-493-4647**, TTY **711**. Podemos responder cualquier pregunta que tenga y ayudarle a completar la evaluación de salud en unos minutos.

Si desea reunirse con un representante de UnitedHealthcare en persona para obtener más información sobre la cobertura de su plan de salud. Póngase en contacto con una de nuestras oficinas comunitarias locales para programar una cita para reunirse con un representante. Tenemos oficinas comunitarias convenientes:

Condado de Kings

6402 8th Avenue, Suite 107
Brooklyn, NY 11220
Horario de la oficina:
de 9:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes

2343 86th Street
Brooklyn, NY 11214
Horario de la oficina:
de 9:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes

164 Brighton 11th Street
Brooklyn, NY 11235
Horario de la oficina:
de 10:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes

Condado de Niagara

810 Portage Road
Niagara Falls, NY 14301
Teléfono: 716-285-8568
Horario de atención:
9:00 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes

Condado de New York

161 Canal Street
New York, NY 10013
Horario de la oficina:
de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

35 East Broadway
New York, NY 10002
Horario de la oficina:
de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

Condado de Onondaga

7608 Oswego Road
Liverpool, NY 13090
Teléfono: 315-221-5114 o 315-221-5115
Horario de atención:
9:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** 15
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Bienvenido

Condado de Queens

136-02 Roosevelt Avenue
Flushing, NY 11354
Horario de la oficina:
de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

37-52 82nd Street
Jackson Heights, NY 11473
Horario de la oficina:
de 10:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes

Condado de Suffolk

462 Suffolk Avenue
Brentwood, NY 11717
Teléfono: 631-231-0180 o 631-231-0181
Horario de atención:
9:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes

Condado de Westchester

215 North Avenue, Unit C
New Rochelle, NY 10803
Horario de la oficina:
de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

Si no habla inglés, podemos ayudarle. Deseamos que aprenda a usar su plan de atención médica sin importar qué idioma habla. Solo llámenos y encontraremos una manera de comunicarnos en su propio idioma. Tenemos un grupo de personas que puede ayudarlo. También le ayudaremos a encontrar un PCP (médico de atención primaria) que pueda hablarle en su idioma.

Para personas con discapacidades: Si usa una silla de ruedas, es ciego o tiene problemas de audición o comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un médico determinado tiene acceso para sillas de ruedas o está equipado con dispositivos de comunicación especiales. Además, tenemos servicios como:

- Máquina TTY/TDD (Nuestro número de teléfono TTY es TTY **711**)
- Información en letra grande
- Administración de Casos
- Ayuda para programar citas o transportarse hasta ellas
- Nombres y direcciones de proveedores que se especializan en su discapacidad

Si está recibiendo atención en su casa ahora, es posible que su enfermero o asistente no sepa que se ha unido a nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse de que su atención domiciliaria no se detenga inesperadamente.

Ayuda de Servicios para Miembros

1-866-433-3413, TTY 711

Hay alguien para ayudarlo en Servicios para Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al **1-866-433-3413, TTY 711**.

Su tarjeta de identificación del plan de salud

Después de que se inscriba, le enviaremos una **carta de bienvenida**. Su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan debe llegar dentro de los 14 días posteriores a la fecha de inscripción. Esta tiene impreso el nombre y el número de teléfono de su PCP (médico de atención primaria). También tiene el número de identificación de cliente (Client Identification Number, CIN). Si hay algún problema en su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no muestra que usted tenga Medicaid ni que el UnitedHealthcare Community Plan sea un tipo especial de plan de salud.

Lleve la tarjeta de identificación con usted en todo momento y muéstrela cada vez que reciba atención. Si necesita atención antes de que llegue la tarjeta, la carta de bienvenida es prueba de que ya es miembro de UnitedHealthcare Community Plan. **También debe guardar la tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará su tarjeta de Medicaid para obtener servicios que UnitedHealthcare Community Plan no cubre.**



Plan de salud (80840) 911-87726-04

Identificación del miembro: 001000095 Número del grupo: Well4Me

Miembro: NEW T ENGLISH Identificación del pagador: 87726
 N.º DE IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE: 9999999437
 Nombre del PCP: DOUGLAS GETWELL
 Teléfono del PCP: (516)827-5757

UnitedHealthcare Community Plan - Wellness4Me
 Administrado por UnitedHealthcare of New York, Inc.

0501

En una emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Impreso: 01/26/23

Esta tarjeta no garantiza la cobertura. Para coordinar la atención, llame a su PCP. Para verificar los beneficios o encontrar un proveedor, visite el sitio web myuhc.com/communityplan o llame.

Para los miembros:	866-433-3413	TTY 711
NurseLine:	877-597-7801	TTY 711
Servicios para Miembros de NYRx:	855-648-1909	TTY 711

Para proveedores:	UHCprovider.com	866-362-3368
Reclamaciones médicas: PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240		

Reclamaciones de farmacia: Rx BIN# 004740 Para el farmacéutico: NYRx: 800-343-9000
 Los médicos que recetan deben iniciar la autorización previa de la receta: 877-309-9493

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413, TTY 711** 17
 (Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte I:

lo primero que debe saber

Cómo elegir a su médico de atención primaria (PCP)

El médico de atención primaria (PCP) que figura en su tarjeta de identificación de miembro es su médico de atención primaria asignado.

¿Qué significa esto para usted?

Solo podrá obtener servicios de atención primaria del PCP en su tarjeta de identificación de miembro u otro médico de atención primaria del mismo consultorio donde vea a su PCP asignado. Su PCP le brindará atención médica de rutina y hará derivaciones a otros médicos cuando sea necesario.

¿Qué debe hacer?

Consulte su tarjeta de identificación de miembro para asegurarse de que el PCP que figura en su tarjeta de identificación sea el correcto. Si su tarjeta de identificación tiene un PCP diferente o desea elegir otro PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si necesita cambiar el nombre del PCP que figura en su tarjeta de identificación de miembro, le enviaremos una tarjeta de reemplazo con la nueva información.

¿Por qué debería ver a un médico de atención primaria?

“Atención de la salud regular” significa exámenes, chequeos regulares, vacunas u otros tratamientos para ayudarlo a estar bien, darle un consejo cuando lo necesita y referirlo a un hospital o especialista cuando sea necesario. Significa que usted y su PCP trabajen juntos para ayudarlo a estar bien o para ver que recibe la atención médica que necesita. De día o de noche, su PCP se encuentra solamente a una llamada de distancia.

¿Tiene preguntas?

Si tiene alguna pregunta o desea cambiar su PCP, llámenos al número gratuito **1-866-433-3413**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Es posible que desee encontrar un médico que:

- Lo haya visto antes.
- Comprenda sus problemas de salud.
- Reciba pacientes nuevos.
- Pueda hablarle su idioma.
- Sea accesible fácilmente.
- Está en una clínica a la que va.

También es posible que pueda elegir un PCP en su clínica de salud conductual

Junto con este manual, debe tener un directorio de proveedores. Es una lista de todos los proveedores, clínicas, hospitales, laboratorios y demás personas que trabajan con UnitedHealthcare Community Plan. Enumera el nombre, la dirección y el teléfono, así como las cualificaciones profesionales, la especialidad, la facultad de medicina a la que asistió, la residencia y el estado de certificación de la junta de los médicos. El directorio de proveedores mostrará qué médicos y proveedores reciben pacientes nuevos. Cuando elija un PCP, debe llamar a su consultorio para asegurarse de que reciba pacientes nuevos. También puede encontrar una lista de proveedores en nuestro sitio web, myuhc.com/CommunityPlan.

Las mujeres no necesitan seleccionar un ginecólogo/obstetra primario. Las mujeres pueden recibir atención de cualquier médico obstetra/ginecólogo participante. Las mujeres no necesitan una remisión de su médico de atención primaria para consultar a un médico obstetra/ginecólogo del plan. Pueden realizarse chequeos de rutina (dos veces al año), recibir atención de seguimiento si hubiera algún problema y recibir atención regular durante el embarazo. No hay límites de visitas para la atención obstétrica/ginecológica.

También tenemos contrato con centros de atención médica con certificación federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC). Todos los FQHC proporcionan atención primaria y en especialidades. Algunos consumidores desean recibir atención de los FQHC porque estos tienen una larga trayectoria en el vecindario. Tal vez desee probarlos porque son de fácil acceso. Debe saber que cuenta con una opción. Puede elegir a cualquiera de los proveedores enumerados en nuestro directorio. O puede inscribirse con un médico de atención primaria en uno de los FQHC con los que trabajamos; están enumerados en el directorio de proveedores. Simplemente llame de forma gratuita a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** para obtener ayuda.

Parte I: lo primero que debe saber

En la mayoría de los casos, sus médicos serán proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Existen cuatro casos en los que puede seguir **consultando a otro proveedor que tuviese antes de afiliarse a UnitedHealthcare Community Plan**. En esos casos, su proveedor debe estar de acuerdo en trabajar con UnitedHealthcare Community Plan. Puede continuar viendo a su proveedor si:

- Tiene más de 3 meses de embarazo en el momento de afiliarse a UnitedHealthcare Community Plan y está recibiendo atención prenatal. En ese caso, puede conservar a su médico hasta después del parto y de la atención postparto.
- En el momento de afiliarse a UnitedHealthcare Community Plan, tiene una afección o enfermedad que pone en riesgo su vida y empeora con el tiempo. En ese caso, puede pedir conservar a su proveedor durante hasta 60 días.
- En el momento en que se une a UnitedHealthcare Community Plan está recibiendo tratamiento por una afección de salud conductual. En la mayoría de los casos, puede seguir utilizando el mismo proveedor. Algunas personas pueden tener que elegir un proveedor que trabaje con el plan de salud. Asegúrese de hablar con su proveedor acerca de este cambio. UnitedHealthcare Community Plan trabajará junto a usted y su proveedor para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- En el momento en que se une a UnitedHealthcare Community Plan, Medicaid pagó regularmente por su atención domiciliaria y debe seguir recibiendo esa atención durante al menos 120 días. En ese caso, puede conservar su misma agencia de atención domiciliaria, enfermero o asistente, y la misma cantidad de atención domiciliaria, durante al menos 90 días. UnitedHealthcare Community Plan debe informarle sobre cualquier cambio en su atención domiciliaria antes de que los cambios entren en vigencia.

Si lo necesita, puede **cambiar su PCP** en los primeros 30 días posteriores a su primera cita con su PCP. Después de eso, puede cambiar tres veces al año sin causa o con más frecuencia si tiene una buena razón. También puede cambiar su obstetra/ginecólogo o un especialista al que su PCP le haya derivado.

Si su proveedor abandona UnitedHealthcare Community Plan, se lo diremos en un plazo de 5 días desde que lo sepamos. Si lo desea, podría ver a ese proveedor si tiene un embarazo de más de tres meses o si está recibiendo tratamiento continuo por una afección. Si está embarazada, puede seguir consultando a su médico durante la atención posparto. Si está viendo a un médico de forma regular por un problema médico especial, puede continuar su tratamiento actual durante un máximo de 90 días. Su médico debe estar de acuerdo en trabajar con UnitedHealthcare Community Plan durante ese período. Si cualquiera de estas condiciones es aplicable a su caso, verifique con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Administración de la atención mediante el programa Health Home

UnitedHealthcare Community Plan es responsable de proporcionar y coordinar su atención médica física y sus servicios de salud conductual. Utilizamos Health Homes para coordinar servicios para nuestros miembros. Es su elección si desea inscribirse en un Health Home y le animamos a que se inscriba en un Health Home para su administración de la atención.

UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a inscribirse en un Health Home que le asignará su administrador de la atención de Health Home personal. Su administrador de la atención de Health Home puede ayudarlo a programar citas, a obtener servicios sociales y a realizar un seguimiento de su progreso.

Su Health Home es responsable de realizarle una evaluación para ver qué servicios de salud conductual basados en el hogar y la comunidad puede necesitar. Usted puede ser elegible para BH HCBS de Nivel 1 o Nivel 2. La elegibilidad para BH HCBS de nivel 1 o 2 se determina mediante la Evaluación de elegibilidad del estado de New York. El Nivel 1 de BH HCBS incluye apoyo para el empleo y la educación. El Nivel 2 incluye servicios de Nivel 1 y Habilidad. Los servicios de transporte no médico están disponibles para personas elegibles de Nivel 1 o Nivel 2. Si se determina la elegibilidad para BH HCBS en función de la Evaluación de elegibilidad del estado de New York realizada, usted y su administrador de la atención de Health Home trabajarán juntos para elaborar un plan de atención diseñado especialmente para usted.

Su administrador de la atención de Health Home puede:

- Trabajar con su PCP y otros proveedores para coordinar toda su atención médica física y conductual.
- Trabajar con las personas en las que usted confía, como familiares o amigos, para ayudarle a planificar y recibir su atención.
- Apoyarle para obtener servicios sociales, como SNAP (cupones de alimentos) y otros beneficios de servicios sociales.
- Desarrollar un plan de atención con usted para ayudar a identificar sus necesidades y objetivos.
- Ayudar con las citas con su PCP y otros proveedores.
- Ayudar a controlar problemas médicos continuos como diabetes, asma y presión arterial alta.
- Ayudarle a encontrar servicios que le ayuden con la pérdida de peso, la alimentación saludable, el ejercicio y dejar de fumar.
- Apoyarle durante el tratamiento.
- Identificar los recursos que usted necesita que se encuentran en su comunidad.
- Ayudarle a encontrar o solicitar una vivienda estable.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY 711 21
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte I: lo primero que debe saber

- Ayudarle a regresar a casa de forma segura después de una estancia hospitalaria.
- Asegurarse de que reciba atención de seguimiento, medicamentos y otros servicios necesarios.

Su administrador de la atención de Health Home se comunicará con usted de inmediato para averiguar qué atención necesita y para ayudarle con las citas. Su administrador de la atención de Health Home o alguien de su proveedor de Health Home está disponible para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana, **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Si ya está inscrito en un Health Home o si está interesado en unirse a un Health Home y recibir servicios de administración de la atención, llame a Servicios para miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** para obtener más información sobre cómo inscribirse en un Health Home o si es elegible para servicios de administración de casos.

Si está en crisis y necesita hablar con alguien de inmediato, llame al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Atención de la salud regular

Su atención de la salud incluirá controles regulares para todas sus necesidades de atención médica. Proporcionamos referidos a hospitales o especialistas. Queremos que los nuevos miembros consulten a su médico de atención primaria para una primera visita médica poco después de inscribirse en UnitedHealthcare Community Plan. Esto le dará la oportunidad de hablar con su médico de atención primaria sobre sus problemas de salud anteriores, los medicamentos que toma y cualquier pregunta que tenga.

De día o de noche, su PCP se encuentra solamente a una llamada de distancia. Asegúrese de llamar a su PCP cada vez que tenga una pregunta o inquietud médica. Si necesita llamar fuera de horas de consulta o durante los fines de semana, deje un mensaje que indique dónde o cómo localizarle. Su PCP lo llamará tan pronto como sea posible. Recuerde, su PCP le conoce y sabe cómo funciona su plan de salud.

Puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana al **1-866-433-3413**, TTY **711** si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios o si por algún motivo no puede comunicarse con su médico de atención primaria.

Su atención debe ser **médicamente necesaria**. Los servicios que reciba deben ser necesarios:

- Prevenir o diagnosticar y corregir lo que podría causar más sufrimiento.
- Tratar un peligro para su vida.
- Tratar un problema que podría causar enfermedad.
- Tratar algo que podría limitar sus actividades normales.

22 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte I: lo primero que debe saber

Su PCP atenderá la mayoría de sus necesidades de atención médica. Debe tener una cita para ver a su PCP. Si alguna vez no puede asistir a una cita, llame a su PCP para avisarle.

Tan pronto como elija su PCP, llame para concertar una primera cita. Si puede, prepárese para su primera cita. Su PCP necesitará saber todo lo que pueda contarle sobre su historia médica. Haga una lista de sus antecedentes médicos, problemas que tenga en ese momento, los medicamentos que esté tomando y las preguntas que desee formularle a su PCP. En la mayoría de los casos, su primera visita debe realizarse dentro de las 4 primeras semanas de haberse inscrito en el plan. Si necesita tratamiento durante las próximas semanas, programe su primera cita en la primera semana de su inscripción en UnitedHealthcare Community Plan. Su administrador de la atención de Health Home puede ayudarle a programar y prepararse para su primera cita.

Si necesita atención antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para explicarle el problema. Le dará una cita anticipada para este problema. (De todos modos deberá acudir a la primera cita para hablar sobre sus antecedentes médicos y hacer preguntas).

Utilice la siguiente lista como guía sobre el tiempo más largo que podría tener que esperar después de pedir una cita. Su administración de la atención también puede ayudarlo a programar u obtener citas.

Atención de urgencia	Dentro de las 24 horas
Visitas por enfermedad no urgentes	En un plazo de 3 días
Atención preventiva de rutina	En un plazo de 4 semanas
Primera visita prenatal	En un plazo de 3 semanas durante el primer trimestre (2 semanas durante el 2.º trimestre, 1 semana durante el 3.er trimestre)
Primera visita de planificación familiar	En un plazo de 2 semanas
Visita de seguimiento después de la consulta en sala de emergencias por salud mental/ consumo de sustancias	5 días
Consulta no urgente a un especialista por salud mental o consumo de sustancias	En un plazo de 1 semana
Exámenes físicos iniciales y de rutina para adultos	En un plazo de 4 semanas

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY 711 23
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Servicios de salud conductual de los Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) y servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE)

La atención de salud conductual incluye servicios de tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias. Usted tiene acceso a servicios que pueden ayudarle con su salud emocional. También puede obtener ayuda con problemas de consumo de alcohol u otras sustancias.

Si necesita ayuda para respaldar su vida en la comunidad, UnitedHealthcare Community Plan ofrece servicios adicionales llamados Servicios de salud conductual basados en el hogar y la comunidad (Behavioral Health Home and Community Based Services, BH HCBS) y Servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (Community Oriented Recovery and Empowerment, CORE). Estos servicios pueden ayudarle a permanecer fuera del hospital y vivir en la comunidad. Algunos servicios pueden ayudarle a alcanzar objetivos de la vida en relación con el empleo, la escuela u otras áreas de su vida en las que desee mejorar.

Para ser elegible para estos servicios, deberá realizarse una evaluación. Para obtener más información, llámenos al **1-866-433-3413**, TTY **711**, o pregúntele a su administrador de la atención sobre estos servicios.

Consulte las páginas 39 a 44 de este manual para obtener más información sobre estos servicios y cómo obtenerlos.

Cómo obtener atención especializada y referidos

Si necesita atención que su PCP no puede brindarle, él o ella le REFERIRÁ a otros especialistas que sí puedan hacerlo. Si su PCP le refiere a otro médico, pagaremos por su atención. La mayoría de estos especialistas son proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan los referidos.

Si cree que el especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarle si necesita consultar a otro especialista.

Existen algunos tratamientos y servicios sobre los que su PCP debe solicitarle a nuestro plan que los apruebe **antes** de que usted pueda recibirlos. Su PCP podrá informarle cuáles son.

Los miembros solo necesitarán un referido de su PCP para ver a profesionales de atención médica en las siguientes categorías de especialidades:

- Alergia e inmunología
- Dermatología
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Cirugía general
- Neurocirugía
- Cirugía ortopédica
- Otorrinolaringología
- Medicina física y rehabilitación/fisiatría
- Cirugía plástica
- Podiatría
- Medicina pulmonar
- Medicina deportiva
- Urología
- Cirugía vascular

Ya no se requerirán referidos para todos los demás tipos de especialidades.

Si tiene problemas para obtener un referido que cree que necesita, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Si no tenemos un especialista en la red de UnitedHealthcare que pueda darle la atención que usted necesita, le brindaremos esa atención de un especialista fuera de la red de UnitedHealthcare. Esto se denomina referido fuera de la red. Su PCP o proveedor del plan debe solicitar la aprobación de UnitedHealthcare Community Plan antes de que usted pueda obtener un referido fuera de la red. Si usted o su PCP o proveedor del plan le refieren a un proveedor que no está en nuestra red, usted no es responsable de ninguno de los costos, excepto los copagos descritos en este manual. Su PCP debe llamar al departamento de Autorización previa de UnitedHealthcare al 1-866-604-3267 a fin de obtener autorización para que usted vaya a un especialista que no forme parte de la red de UnitedHealthcare. El especialista debe estar de acuerdo en trabajar con UnitedHealthcare y aceptar nuestros pagos como un pago total. Este permiso se llama “autorización previa”. Su PCP le explicará todo esto cuando le envíe a un especialista que no pertenezca a la red de UnitedHealthcare. Consulte la sección “Autorización de servicios y acciones” para obtener más información sobre qué documentación debe incluir su solicitud para ver a un proveedor que no esté en la red de UnitedHealthcare. Si UnitedHealthcare Community Plan aprueba el uso de un proveedor que no está en la red de UnitedHealthcare, usted no es responsable de ninguno de los costos, excepto los copagos descritos en este manual.

A veces, podemos no aprobar un referido fuera de la red porque tenemos un proveedor en UnitedHealthcare Community Plan que puede atenderlo. Si cree que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para brindarle tratamiento, puede pedirnos que verifiquemos si su referido fuera de la red es médicamente necesario. Deberá solicitar una apelación al plan. Consulte la página 60 para saber cómo hacerlo.

Parte I: lo primero que debe saber

Deberá pedirle a su médico que envíe la siguiente información con su apelación al plan:

1. Una declaración por escrito que diga que el proveedor de UnitedHealthcare Community Plan no tiene la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, y
2. Que recomienda un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia adecuadas que pueda brindarle tratamiento.

Su médico debe ser un especialista certificado por una junta o elegible para la certificación, que atienda a personas que necesitan el tratamiento que usted solicita.

A veces, podemos no aprobar un referido fuera de la red para un tratamiento específico porque usted solicitó atención que no es muy diferente de la que puede obtener del proveedor de UnitedHealthcare Community Plan. Puede pedirnos que verifiquemos si su referido fuera de la red para el tratamiento que desea es médicamente necesario. Deberá solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 60 para saber cómo hacerlo.

Deberá pedirle a su médico que envíe la siguiente información con su apelación al plan:

1. Una declaración por escrito de su médico de que el tratamiento fuera de la red es muy diferente del tratamiento que usted puede recibir del proveedor de UnitedHealthcare Community Plan. Su médico debe ser un especialista certificado por una junta o elegible para la certificación, que atienda a personas que necesitan el tratamiento que usted solicita, y
2. Dos documentos médicos o científicos que demuestren que el tratamiento que está solicitando es más útil para usted y no le causará más daño que el tratamiento que puede recibir del proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

Si su médico no envía esta información, seguiremos revisando su apelación de la medida. Sin embargo, es posible que usted no sea elegible para una apelación externa. Consulte la página 65 para obtener más información sobre apelaciones externas.

Es posible que deba consultar a un especialista para recibir atención continua de una afección médica o de salud conductual. Su PCP puede referirle por una cantidad de visitas específicas o un plazo definido (un referido permanente). Si usted tiene un **referido permanente**, no necesitará una nueva remisión cada vez que necesite atención.

Si tiene una enfermedad crónica o una discapacidad que empeora con el tiempo, su PCP puede coordinar:

- Que su especialista actúe como su PCP; o
- Un referido a un centro de atención médica de especialidades que se ocupe del tratamiento de su enfermedad.

También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda sobre cómo acceder a un centro de atención médica de especialidades.

26 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY 711
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Si desea que su especialista actúe como su PCP, debe comentarlo con su especialista y preguntarle al médico si está dispuesto a actuar como su PCP. Esto significa que su especialista será responsable de gestionar sus necesidades generales de salud, coordinar las derivaciones para las pruebas analíticas, radiografías y otras visitas a especialistas. Si su especialista está de acuerdo, pídale que envíe una carta por escrito confirmando que desea actuar como su PCP y el motivo a:

Member Services Director
UnitedHealthcare Community Plan
One Penn Plaza, 8th Floor
New York, NY 10119

Revisaremos su solicitud y le informaremos cuando hayamos hecho vigente el cambio.

Si alguna vez desea ver a un especialista diferente, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Obtenga estos servicios de nuestro plan sin referido

Atención de la salud para la mujer

No necesita un referido de su PCP para consultar a uno de nuestros proveedores si:

- Está embarazada, o
- Necesita servicios de un obstetra/ginecólogo, o
- Necesita servicios de planificación familiar, o
- Desea ver a una partera, o
- Necesita realizarse un examen pélvico o de mamas.

Planificación familiar

Puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: asesoría sobre anticonceptivos, recetas de anticonceptivos, condones masculinos y femeninos, pruebas de embarazo, esterilización o un aborto. Durante las consultas por estos motivos, también puede realizarse pruebas para detectar infecciones transmitidas sexualmente, un examen de cáncer de mamas o un examen ginecológico.

No necesita un referido de su PCP para recibir estos servicios. De hecho, puede elegir dónde recibir estos servicios. Puede **utilizar su tarjeta de identificación del plan** para ver a uno de los proveedores de planificación familiar de UnitedHealthcare Community Plan. Consulte el Directorio de proveedores del plan o llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor.

Parte I: lo primero que debe saber

O puede usar su tarjeta de Medicaid si desea ir a un doctor o clínica fuera de nuestro plan. Consulte a su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** para obtener una lista de los lugares donde puede concurrir para recibir estos servicios. También puede llamar a la línea directa del programa Growing Up Healthy del estado de New York (1-800-522-5006) para conocer los nombres de los proveedores de planificación familiar más cercanos.

Exámenes de detección de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS)

Todos deben conocer su estado de VIH. Las pruebas de detección del VIH y de las infecciones de transmisión sexual forman parte de su atención médica habitual.

- Puede realizarse una prueba de VIH o ITS cada vez que acuda a una visita al consultorio o a la clínica
- Puede realizarse la prueba del VIH o ITS cada vez que tenga servicios de planificación familiar. No necesita un referido de su PCP (médico de atención primaria). Solo debe concertar una cita con cualquier proveedor de planificación familiar. Si desea realizarse una prueba del VIH o ITS, pero **no como parte del servicio de planificación familiar**, su PCP puede proveérsela o arreglarlo por usted.
- O, si prefiere no ver a uno de nuestros proveedores de UnitedHealthcare Community Plan, puede usar la tarjeta de Medicaid para ver a un proveedor de planificación familiar fuera de UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor del plan o un proveedor de Medicaid para los servicios de planificación familiar, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.
- Todas las personas deben hablar con su médico sobre la realización de una prueba de VIH. Para obtener una prueba de VIH gratuita o una prueba en la que no se mencione su nombre, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Algunas pruebas son “pruebas rápidas” y los resultados están listos mientras espera. El proveedor que le realice la prueba le explicará los resultados y organizará la atención de seguimiento si es necesario. También recibirá información acerca de cómo proteger a su pareja. Si el resultado de su prueba es negativa, podemos ayudarle a aprender a mantenerse así.

Servicios de prevención del VIH

Hay otros muchos servicios de prevención del VIH disponibles para usted. Hablaremos con usted sobre cualquier actividad que pueda ponerle a usted o a otras personas en riesgo de transmitir el VIH o contraer enfermedades de transmisión sexual. Podemos ayudarle a aprender cómo protegerse. También podemos ayudarle a conseguir condones masculinos y femeninos gratuitos y jeringas limpias.

Si es VIH positivo, podemos ayudarle a hablar con sus parejas. Podemos ayudarle a hablar con su familia y amigos y ayudarles a comprender el VIH y el SIDA y cómo recibir tratamiento. Si necesita ayuda para hablar sobre su estado de VIH con futuras parejas, el personal de UnitedHealthcare Community Plan le ayudará. Incluso podemos ayudarle a hablar con sus hijos sobre el VIH.

28 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Atención oftalmológica

El servicio cubierto incluye los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista y un proveedor oftalmológico; además incluyen un examen de la visión y un par de anteojos, si es necesario. Generalmente, puede obtener estos servicios una vez cada dos años o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. Las personas inscritas que padecen de diabetes pueden remitirse ellas mismas para un examen de pupilas dilatadas (retinas) una vez en un período de 12 meses. Solo tiene que elegir uno de nuestros proveedores participantes.

Los anteojos nuevos, con marcos aprobados por Medicaid, generalmente se entregan una vez cada dos años. Las lentes nuevas pueden pedirse con más frecuencia, si, por ejemplo, su visión cambia más de media dioptría. Si rompe sus anteojos, se pueden reparar. Si pierde o rompe los anteojos y no pueden repararse, se reemplazarán con la misma prescripción y el mismo estilo de marcos. Si necesita ver a un especialista de la visión para recibir atención por una enfermedad o defecto en la visión, su PCP le referirá.

Salud conductual (salud mental y consumo de sustancias)

Queremos ayudarle a obtener los servicios de salud mental y consumo de sustancias que pueda necesitar.

Si en algún momento cree que necesita ayuda con la salud mental o el consumo de sustancias, puede consultar a cualquier proveedor de salud conductual de nuestra red para ver qué servicios puede necesitar. Esto incluye servicios como clínicas y servicios de desintoxicación. **No necesita un referido de su PCP.**

Asesoramiento para dejar de fumar

Puede recibir medicamentos, suministros y asesoramiento si desea ayuda para dejar de fumar. No necesita remisión de su PCP para recibir estos servicios.

Examen de detección de depresión materna

Si está embarazada y cree que necesita ayuda con la depresión, puede hacerse un examen para ver qué servicios puede necesitar. No necesita un referido de su PCP. Puede realizarse un examen durante el embarazo y hasta un año después del parto.

Emergencias

Usted siempre tiene cobertura para emergencias. En el estado de New York, una emergencia significa una condición conductual o médica:

- Que se produce de repente y
- Que causa dolor u otros síntomas.

Una emergencia provoca que una persona que posee conocimientos generales de salud tenga miedo de que alguien sufra graves lesiones en las funciones o partes del cuerpo o desfiguramiento si no recibe atención de inmediato.

Ejemplos de una emergencia son:

- ataque cardíaco o dolor intenso en el pecho;
- sangrado que no se detiene o quemadura grave;
- fracturas óseas;
- dificultades para respirar/convulsiones/pérdida del conocimiento;
- cuando siente que puede herirse a sí mismo o a los demás;
- si está embarazada y tiene signos como dolor, sangrado, fiebre o vómitos;
- sobredosis de drogas.

Ejemplos de no emergencias son: resfríos, dolor de garganta, problemas estomacales, cortaduras menores, y moretones o esguinces.

Las no emergencias también pueden ser problemas familiares, una ruptura sentimental o querer consumir alcohol u otras drogas. Pueden parecer una emergencia, pero no son un motivo para ir a la sala de emergencias.

Recuerde lo siguiente:

No necesita la aprobación previa para servicios de emergencia.

Utilice la sala de emergencia **solo** si tiene una **emergencia real**.

La sala de emergencia **NO** debe usarse para problemas como gripe, dolores de garganta o infecciones de oído.

Si tiene preguntas, llame a su PCP o a nuestro plan al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Si tiene una emergencia, debe hacer lo siguiente:

Si cree que tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a una sala de emergencia. No necesita la aprobación de UnitedHealthcare Community Plan ni de su PCP antes de recibir atención de emergencia y no es necesario que utilice nuestros hospitales o médicos.

Si no está seguro, llame a su PCP o profesional de salud conductual o a UnitedHealthcare Community Plan. Dígale a la persona con la que habla lo que le sucede. Su PCP, su profesional de la salud conductual o un representante de UnitedHealthcare Community Plan:

- Dirán qué hacer en casa, o
- Le dirá que acuda al consultorio del médico.
- Le hablará de los servicios comunitarios que puede obtener, como reuniones de 12 pasos o un refugio, o
- Le dirá que vaya a la sala de emergencias más cercana.

También puede comunicarse con Servicios para miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-433-3413**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si está en crisis o necesita ayuda con una situación de salud mental o consumo de drogas.

Si se encuentra fuera del área cuando tiene una emergencia:

- Diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.
- Llame a UnitedHealthcare Community Plan lo antes posible (en un plazo de 48 horas si puede).

Atención de urgencia

Es posible que tenga una lesión o enfermedad que no sea una emergencia, pero que necesita atención inmediata.

- Por ejemplo, si tiene gripe o si necesita sutura.
- Puede ser un esguince de tobillo o una astilla difícil de sacar.

Puede obtener una cita para una consulta de atención urgente para el mismo día o el siguiente. Ya sea que esté en su casa o lejos de ella, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no puede comunicarse con su PCP, llámenos al **1-866-433-3413**, TTY **711**. Explíquelo a la persona que atiende su llamada lo que sucede. Esta le dirá lo que debe hacer.

Atención fuera de los Estados Unidos

Si viaja fuera de los Estados Unidos, puede obtener atención de urgencia y de emergencia solo en el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Si necesita atención médica mientras se encuentra en cualquier otro país (incluido Canadá y México), tendrá que pagarla.

Deseamos mantenerle saludable

Además de los chequeos regulares y de las vacunas que usted necesita, estos son algunos otros servicios que proporcionamos y maneras de mantenerse saludable:

- Clases para dejar de fumar
- Nutrición y atención prenatal
- Apoyo por aflicción o pérdida
- Lactancia y cuidado del bebé
- Manejo del estrés
- Control del peso
- Control del colesterol
- Asesoramiento para diabetes y capacitación en autocontrol
- Asesoramiento para asma y capacitación en autocontrol
- Pruebas y protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Servicios de violencia doméstica

Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** o visite nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan para ver una lista de clases y programas ubicados cerca de usted.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

El resto de este manual es para su información cuando lo necesite. Enumera los servicios cubiertos y no cubiertos. Si tiene una queja, el manual le dirá qué hacer. El manual tiene otra información que puede resultarle de utilidad. Téngalo a mano en caso de que lo necesite.

Beneficios

Los planes de salud y recuperación proporcionan una cantidad de servicios que puede obtener además de aquellos que tiene con Medicaid regular. Proporcionaremos o coordinaremos la mayoría de los servicios que necesite. Sin embargo, puede recibir algunos servicios sin pasar por un PCP. Se incluye atención de emergencia; planificación familiar; prueba del VIH; servicios móviles de crisis y servicios de autorreferido específicos, incluso aquellos que puede obtener desde dentro de UnitedHealthcare Community Plan y algunos para los que puede optar por ir a cualquier proveedor de Medicaid del servicio.

Servicios cubiertos por nuestro plan

Debe obtener estos servicios de los proveedores que se encuentran en nuestro plan. Todos los servicios deben ser médicamente o clínicamente necesarios y proporcionados o referidos por su PCP (médico de atención primaria). Llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios a continuación.

Atención médica regular

- Visitas al consultorio con su PCP
- Remisiones a especialistas
- Exámenes de audición/vista
- Ayudar a cumplir con los horarios de los medicamentos
- Coordinación de atención y beneficios

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** 33
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Atención preventiva

- Chequeos regulares
- Acceso gratuito a agujas y jeringas
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Educación sobre el VIH y reducción del riesgo
- Referido a organizaciones comunitarias (Community Based Organizations, CBO) para tratamiento de apoyo
- Atención para dejar de fumar
- Servicios de alergia, incluido RAST (prueba de radioalergoabsorbente)

Servicios de tratamiento de la infertilidad

UnitedHealthcare Community Plan cubre algunos medicamentos para la infertilidad. Este beneficio se limita a la cobertura de 3 ciclos de tratamiento de por vida.

UnitedHealthcare Community Plan también cubre los servicios relacionados con la emisión de recetas y el monitoreo del uso de esos medicamentos. El beneficio de infertilidad incluye:

- Visitas al consultorio
- Radiografía del útero y las trompas de Falopio
- Ecografía pélvica
- Análisis de sangre

Elegibilidad:

Puede ser elegible para los servicios de infertilidad si cumple con los siguientes criterios:

- Tiene entre 21 y 34 años de edad y no puede quedar embarazada después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección.
- Tiene entre 35 y 44 años de edad y no puede quedar embarazada después de 6 meses de relaciones sexuales regulares sin protección.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Atención de maternidad

- Atención durante el embarazo
- Servicios de hospitales y médicos o parteras
- Examen de detección de depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Servicios de telesalud

Medicaid Managed Care de UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de Telesalud. Esto también se denomina Telemedicina. Significa el uso de tecnología electrónica para comunicarse. Se utiliza cuando usted y un proveedor no están en el mismo lugar.

La Telesalud puede implicar lo siguiente:

- Una videoconferencia en directo con usted y un proveedor
- Enviar información sobre usted de su médico a otro proveedor
- Monitoreo remoto de la presión arterial y otros signos vitales del paciente

Los servicios de Telesalud pueden estar cubiertos en una clínica, centro médico o centro de salud mental. También puede estar cubierto en su casa si tiene equipo de monitoreo. Los servicios deben cumplir con ciertos requisitos del plan.

Atención de la salud en el hogar

- Debe ser médicamente necesaria y coordinada por UnitedHealthcare Community Plan.
- Una visita domiciliaria médicamente necesaria después del parto, visitas adicionales según sea médicamente necesario para las mujeres en alto riesgo.
- Otras visitas de atención médica a domicilio según sea necesario y solicite su PCP/especialista.

Cuidado personal/Asistente en el hogar/Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)

- Debe ser médicamente necesaria y coordinada por UnitedHealthcare Community Plan.
- Cuidado personal/Asistente en el hogar: ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, y ayuda con la preparación de comidas y las tareas domésticas.
- CDPAS: ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, ayuda con la preparación de comidas y las tareas domésticas, además de asistente de salud en el hogar y enfermería. Esto lo proporciona un asistente elegido y dirigido por usted. Si desea obtener más información, comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Sistema de respuesta a emergencias personales (Personal Emergency Response System, PERS)

Este es un artículo que puede usar por si tiene una emergencia y necesita ayuda. Para calificar y obtener este servicio, debe recibir servicios de atención personal/asistente en el hogar o CDPAS.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Atención de la salud para adultos durante el día

- Debe ser recomendado por su médico de atención primaria (PCP)
- Proporciona educación sobre salud, nutrición, enfermería y atención social, ayuda con la vida diaria, terapia de rehabilitación, servicios de farmacia, además de referidos para atención odontológica y otras especialidades

Tratamiento para la tuberculosis (TB)

- Esto consiste en ayuda a tomar su medicación para la TB y la atención de seguimiento

Servicios del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (National Diabetes Prevention Program, NDPP)

Si está en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, UnitedHealthcare Community Plan cubre servicios que pueden ayudar.

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de prevención de la diabetes a través del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (National Diabetes Prevention Program, NDPP). Este beneficio cubre 22 sesiones de capacitación grupal del NDPP a lo largo de 12 meses.

El **Programa Nacional de Prevención de la Diabetes** es un programa educativo y de apoyo diseñado para ayudar a las personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El programa consiste en sesiones de capacitación grupal que se centran en los efectos positivos a largo plazo de la alimentación saludable y el ejercicio. Los objetivos de estos cambios en el estilo de vida incluyen una pérdida de peso moderada y un aumento de la actividad física. Las sesiones del NDPP se enseñan con un asesor de estilo de vida capacitado.

Elegibilidad:

Usted puede ser elegible para los servicios de prevención de la diabetes si tiene una recomendación de un médico u otro profesional autorizado y:

- Al menos 21 años de edad
- No está actualmente embarazada
- Tiene sobrepeso y
- No se le ha diagnosticado diabetes tipo 1 o tipo 2 previamente.

Además, debe cumplir con uno de los siguientes criterios:

- Ha tenido un resultado de análisis de sangre en el intervalo de prediabetes en el último año, o
- Se le ha diagnosticado previamente diabetes gestacional, o
- Obtiene una calificación de 5 o más en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC/la Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association, ADA).

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Hable con su médico para ver si reúne los requisitos para participar en el NDPP. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Atención en centros de cuidados para enfermos terminales

- La atención para enfermos terminales ayuda a los pacientes y a sus familias con sus necesidades especiales que surgen durante las últimas etapas de la enfermedad y después de la muerte
- Debe ser médicamente necesaria y coordinada por UnitedHealthcare Community Plan
- Proporciona servicios de apoyo y algunos servicios médicos a pacientes que están enfermos y esperan vivir un año o menos
- Puede recibir estos servicios en el hogar o en un hospital

Atención dental

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios dentales en todos los condados a los que prestamos servicio. UnitedHealthcare Community Plan considera que ofrecerle una buena atención dental es importante para su atención a la salud en general. Ofrecemos atención dental a través de contratos con dentistas individuales y consultorios grupales que son expertos en proporcionar servicios odontológicos de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen servicios dentales de rutina y regulares, como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para controlar cualquier cambio o anomalía que requiera tratamiento y/o atención de seguimiento. **¡No necesita una remisión de su PCP para ir al dentista!**

Es posible que pueda obtener implantes dentales como parte de su beneficio de Medicaid Managed Care. El plan Wellness4Me de UnitedHealthcare Community Plan cubrirá los implantes dentales cuando su médico y dentista estén de acuerdo en que son necesarios.

El plan Wellness4Me de UnitedHealthcare Community Plan cubrirá los implantes dentales en los siguientes casos:

- Su médico dice que necesita implantes dentales para aliviar su problema médico; y
- Su dentista dice que los implantes dentales son lo único que solucionará su problema dental.

Cómo acceder a servicios dentales

No necesita seleccionar un dentista de atención primaria como parte de UnitedHealthcare Community Plan. Puede elegir cualquier dentista participante (que forme parte de la red del UnitedHealthcare Community Plan) seleccionando un dentista que figure en el directorio de proveedores o puede llamar a Servicios para miembros para obtener asistencia al **1-866-433-3413**, TTY **711**. Presente su tarjeta de identificación del miembro de UnitedHealthcare Community Plan cada vez que reciba servicios dentales.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** 37
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Muestre su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan para acceder a los beneficios dentales. No recibirá una tarjeta de identificación distinta para servicios dentales. Cuando visite a su dentista, deberá mostrar la tarjeta de identificación del miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

También puede dirigirse a una clínica dental administrada por un centro dental académico sin una remisión. Llame a Servicios para Miembros al número gratuito **1-866-433-3413**, TTY **711** para conocer las ubicaciones de los centros odontológicos académicos.

Atención de la vista

- Servicios de un oftalmólogo, proveedor oftalmológico y optometrista
- Cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, lentes artificiales y/o reemplazo de anteojos en caso de pérdida o ruptura, incluso reparaciones, cuando sea médicamente necesario. Las lentes artificiales se cubren según pedido de un proveedor del plan.
- Exámenes de los ojos, generalmente cada dos años, a menos que médicamente se necesite con mayor frecuencia.
- Anteojos, con un nuevo par de marcos aprobado por Medicaid cada dos años o con mayor frecuencia, si es médicamente necesario.
- Examen de escasa visión y aparatos para la visión solicitados por su médico.
- Referidos a especialistas para enfermedades o defectos oculares

Farmacia

UnitedHealthcare Community Plan no cubrirá sus medicamentos con receta. Las cubrirá el programa de farmacia de Medicaid, Medicaid NYRx.

La mayoría de las farmacias del estado de New York aceptan el programa de farmacia Medicaid NYRx. Si su farmacia no acepta Medicaid, usted puede hacer lo siguiente:

- pedirle a su médico que envíe una receta nueva a una farmacia que acepte el programa de farmacia Medicaid NYRx,
- pedirle a su farmacéutico que transfiera el resurtido a una farmacia que acepte el programa de farmacia Medicaid NYRx,
- o bien, buscar una farmacia que acepte Medicaid NYRx en <https://member.emedny.org>.

Deberá mostrarle al farmacéutico su tarjeta de Medicaid o su tarjeta del plan de salud. Para que él sepa cuál es su Número de Identificación de Cliente (Client Identification Number, CIN).

Medicaid NYRx tiene una lista de medicamentos cubiertos. Los medicamentos de venta libre y la mayoría de los medicamentos se encuentran allí. Puede encontrar esta lista en <https://www.emedny.org/info/formfile.aspx>.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

- Algunos medicamentos necesitan aprobación previa para surtirlos. Esta lista le indicará si un medicamento la necesita. Su médico llamará para obtener la aprobación previa.
- Si su medicamento no se encuentra en esta lista:
 - su médico puede solicitar la aprobación de Medicaid para que pueda obtenerlo,
 - o bien, su farmacéutico puede hablar con su médico para cambiarlo por uno que sí esté en la lista.

El plan de farmacia Medicaid NYRx también tiene una lista de medicamentos preferidos. Puede encontrar esta lista en https://newyork.fhsc.com/downloads/providers/NYRx_PDP_PDL.pdf.

- Si necesita un medicamento que aparece como no preferido, podrá obtener un **surtido único** de dicho medicamento desde el 1 de abril de 2023 hasta el 30 de junio de 2023.
- Si necesita un medicamento no preferido, comuníquese con su farmacéutico o médico para que puedan obtener la aprobación para que usted lo reciba.

La estructura de copago de Medicaid no cambiará. Su copago podría cambiar según se trate de un medicamento preferido o no preferido.

Su beneficio de farmacia también cubre determinados suministros:

- Puede encontrar una lista de suministros cubiertos en <https://member.emedny.org/>
- Puede encontrar una lista de medidores de glucosa y tiras reactivas preferidos en https://newyork.fhsc.com/downloads/providers/NYRx_PDSP_preferred_supply_list.pdf
 - Medicaid permitirá un **surtido único** desde el 1 de abril de 2023 hasta el 30 de junio de 2023, para las tiras reactivas no preferidas
 - Deberá cambiar a un medidor de glucosa y tiras reactivas preferidos

¿Tiene preguntas o necesita ayuda? Puede obtener asistencia mediante la línea de ayuda de Medicaid. Los representantes pueden comunicarse en el idioma que usted prefiera. Puede llamar al **1-855-648-1909**, TTY **1-800-662-1220**.

Horario de atención:

De lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Atención hospitalaria

- Atención para pacientes internados
- Atención para pacientes ambulatorios
- Laboratorios, radiografías y otras pruebas

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** 39
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.
- Después de recibir atención de emergencia, es necesario que reciba otra atención para asegurarse de permanecer en una condición estable. Según su necesidad, podría ser tratado en la sala de emergencias, en un cuarto de hospital para pacientes hospitalizados o en otra área. Esto se denomina **servicios posteriores a la estabilización**.
- Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 28.

Cobertura de reasignación de género

Medicaid Managed Care de UnitedHealthcare Community Plan ahora cubre la atención de transición para personas con un diagnóstico de disforia de género. Esto ocurre cuando una persona siente un gran sufrimiento por el género con el que nace. No se identifica con este género. Esto puede dar lugar a un fuerte deseo de ser tratado como si fuera del otro género. Puede significar un deseo de deshacerse de las características sexuales propias. Puede incluir sentimientos típicos del otro género.

En función de los objetivos de género del paciente, la atención puede incluir:

- Asesoramiento.
- Terapia hormonal. (Está cubierta para los miembros mayores de 21 años).
- Cirugía de reasignación de género. (Esto está cubierto para los miembros de 18 años o más, o de 21 años o más, si esto causará esterilización).

Atención de especialidades

Incluye los servicios de otros profesionales, incluso:

- Terapeutas ocupacionales y del habla: UnitedHealthcare Community Plan cubre las visitas de TO y TH médicamente necesarias que solicita un médico u otro profesional autorizado. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**. Se requiere autorización previa para estos servicios de tratamiento para determinar si el centro de atención es médicamente necesario.
- Fisioterapeutas: UnitedHealthcare Community Plan cubre las visitas de FT médicamente necesarias que solicita un médico u otro profesional autorizado. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**. Se requiere autorización previa para estos servicios de tratamiento para determinar si el centro de atención es médicamente necesario.
- Audiólogo
- Parteras
- Rehabilitación cardíaca
- Podólogos

40 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Atención en centros de atención médica residencial (hogar de atención de enfermería)

- Incluye estancias a corto plazo o de rehabilitación
- Debe ser solicitado por un médico y autorizado por UnitedHealthcare Community Plan

Si necesita una internación a largo plazo en un hogar de atención de enfermería, su departamento local de servicios sociales debe determinar si cumple con ciertos requisitos de ingresos de Medicaid. UnitedHealthcare Community Plan y el hogar de atención de enfermería pueden ayudarlo a presentar su solicitud. No cubrimos servicios relacionados con curas de reposo o cuidado de custodia permanente en un hogar de atención de enfermería.

Debe recibir esta atención de un hogar de atención de enfermería dentro de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan. Si elige un hogar de atención de enfermería fuera de la red de UnitedHealthcare Community Plan, tendrá que transferirse a otro plan. Llame a Medicaid Choice de New York al **1-800-505-5678** para obtener ayuda con preguntas sobre proveedores de hogares de atención de enfermería y redes de planes.

Llame al **1-866-433-3413**, TTY **711**, para obtener ayuda para encontrar un hogar de atención de enfermería en nuestra red.

Atención de la salud conductual

La atención de salud conductual incluye servicios de trastorno de salud mental y consumo de sustancias. Todos nuestros miembros tienen acceso a servicios de salud conductual que incluyen lo siguiente:

Atención de la salud mental

- Servicios psiquiátricos
- Servicios psicológicos
- Tratamiento de día continuo (Continuing Day Treatment, CDT)
- Tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Inyecciones para afecciones relacionadas con la salud conductual
- Hospitalización parcial
- Servicios de rehabilitación si está en un hogar de la comunidad o bajo tratamiento basado en la familia
- Asesoramiento individual y grupal a través de las clínicas de la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH)
- Servicios de intervención en crisis

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** 41
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

- Programa integral de emergencia psiquiátrica (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP) que incluye cama de observación ampliada
- Tratamiento asertivo comunitario (ACT).
- Servicios personalizados orientados a la recuperación (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)

Apoyo residencial en crisis

Este es un programa para personas de 21 años o más con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no se pueden tratar en el hogar ni en la comunidad sin ayuda.

Residencia intensiva en crisis

Este es un programa para personas de 21 años o más con síntomas de angustia emocional grave.

Internación hospitalaria psiquiátrica en una institución para enfermedades mentales (Institution for Mental Disease, IMD)

Estancia intensiva a corto plazo en una IMD privada con licencia de la OMH. Este es un entorno alternativo en lugar de los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados del plan estatal disponibles en unidades de hospitalización con licencia de la OMH de hospitales del Artículo 28.

Limitaciones*:

Se limita a 0 a 15 días por mes natural en una de las seis siguientes instalaciones de IMD con licencia de la Oficina de Salud Mental, si dicha instalación está disponible en el área de servicio del plan MMC:

- Four Winds Hospital (Condado de Westchester)
- Four Winds Hospital (Condado de Saratoga)
- Gracie Square Hospital (Ciudad de New York)
- BryLin Hospital (Buffalo)
- Brunswick Hospital Center (Long Island)
- South Oaks Hospital (Long Island)

*Nota: El paquete de beneficios de Medicaid managed care cubre el ingreso psiquiátrico hospitalario en estos seis centros hasta 30 días por mes calendario, hasta 60 días por año, que puede autorizarse según sea médicamente necesario después de alcanzar el límite de beneficios de ILS de la IMD.

Elegible para adultos de 21 a 64 años que necesiten atención médicamente necesaria en una unidad psiquiátrica de pacientes hospitalizados agudos. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

42 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Servicios de trastornos por consumo de sustancias para adultos mayores de 21 años

- Servicios de crisis:
 - Tratamiento de la abstinencia manejada médicamente
 - Tratamiento de la abstinencia supervisada médicamente (pacientes hospitalizados/ambulatorios*)
- Servicios de tratamiento hospitalario (hospital o comunidad)
- Servicios de tratamiento residencial:
 - Estabilización en entornos residenciales
 - Rehabilitación en un entorno residencial
 - Reintegración
- Servicios de tratamiento ambulatorio
 - Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - *Control ambulatorio de la abstinencia
 - Tratamiento asistido con medicamentos.
- Programas de tratamiento para consumo de opioides (Opioid Treatment Programs, OTP):
 - Incluye mantenimiento con metadona y otras formas de tratamientos con asistencia médica

Servicios de reducción de daños

Los servicios de reducción de daños ofrecerán un enfoque completo orientado al paciente para la salud y el bienestar de los consumidores de sustancias. Su plan cubrirá los servicios de reducción de daños recomendados por un médico u otro profesional autorizado. Estos servicios incluyen:

- Un plan de atención desarrollado por una persona con experiencia en el trabajo con consumidores de sustancias
- Asesoramiento de apoyo individual que le ayude a alcanzar sus objetivos
- Asesoramiento de apoyo grupal en un espacio seguro para hablar con otras personas sobre problemas que afectan su salud y bienestar
- Asesoramiento para ayudarle a tomar su medicación recetada y continuar con el tratamiento
- Grupos de apoyo para ayudarle a comprender mejor el consumo de sustancias e identificar técnicas y habilidades de afrontamiento que le resulten útiles

Si actualmente recibe servicios de reducción de daños de un proveedor, su atención no cambiará; puede continuar atendiéndose con el mismo proveedor para recibir estos servicios.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Tratamiento del trastornos del juego

Cubrimos el tratamiento de trastornos del juego proporcionado por programas certificados por la Oficina de Servicios y Apoyos para las Adicciones (Office of Addiction Services and Supports, OASAS).

Puede recibir tratamiento para un trastorno del juego:

- En persona, o
- A través de la Telesalud.

Si necesita tratamiento para un trastorno del juego, puede obtenerlo de un programa ambulatorio de la OASAS o, si es necesario, de un programa hospitalario o residencial de la OASAS.

No necesita un referido de su médico de atención primaria (PCP) para obtener estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para miembros de UnitedHealthcare Community Plan al número que se indica a continuación.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY/TDD **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios de salud conductual basados en el hogar y la comunidad (Behavioral Health Home and Community Based Services, BH HCBS)

BH HCBS puede ayudarle con objetivos de vida como el empleo, la escuela u otras áreas de su vida en las que desee mejorar. Para averiguar si reúne los requisitos, un administrador de la atención de Health Home debe completar una breve evaluación con usted que mostrará si puede beneficiarse de estos servicios. Si la prueba muestra que puede beneficiarse, el administrador de la atención completará una evaluación completa con usted para averiguar cuáles son todas sus necesidades de salud, incluidos los servicios físicos, conductuales y de rehabilitación.

BH HCBS incluye lo siguiente:

- Servicios de habilitación: le ayudan a aprender nuevas habilidades para vivir de forma independiente en la comunidad
- Servicios de intervención en caso de crisis: le brindan un lugar seguro a donde ir cuando necesita dejar una situación estresante
- Servicios residenciales en caso de crisis: le ayudan a permanecer fuera del hospital cuando está sufriendo una crisis al proporcionar un lugar seguro donde quedarse que pueda ofrecerle tratamiento
- Servicios de apoyo educativo: le ayudan a encontrar maneras de regresar a la escuela para obtener educación y capacitación que le ayudarán a obtener un empleo
- Servicios prevocacionales: le ayudan con las habilidades necesarias para prepararse para el empleo

44 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

- Servicios de empleo de transición: le brindan apoyo durante un breve período de tiempo mientras prueba diferentes trabajos. Esto incluye capacitación en el trabajo para fortalecer las habilidades laborales con el fin de ayudar a mantener un trabajo por encima del salario mínimo
- Servicios de empleo con respaldo intensivo: le ayudan a encontrar un empleo con un salario mínimo o superior y mantenerlo
- Servicios de empleo con respaldo continuo: le ayuda a mantener su trabajo y tener éxito en él
- Transporte no médico: transporte a actividades no médicas relacionadas con un objetivo de su plan de atención

Servicios de salud conductual para la recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (Community Oriented Recovery and Empowerment, CORE)

El Plan Wellness4Me de UnitedHealthcare cubrirá los servicios CORE. Puede usar su tarjeta del plan Wellness4Me de UnitedHealthcare para obtener estos servicios CORE.

Los servicios de CORE incluyen lo siguiente:

- **Rehabilitación psicosocial (Psychosocial Rehabilitation, PSR)**
Este servicio ayuda con las habilidades de la vida, como establecer conexiones sociales; encontrar o mantener un trabajo; comenzar o regresar a la escuela; y usar recursos comunitarios.
- **Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (Community Psychiatric Supports and Treatment, CPST)**
Este servicio le ayuda a controlar los síntomas a través del asesoramiento y el tratamiento clínico.
- **Servicios de empoderamiento: apoyo de pares**
Este servicio lo conecta con pares especialistas que han pasado por la recuperación. Recibirá apoyo y asistencia para aprender lo siguiente:
 - Cómo vivir con problemas de salud y ser independiente.
 - Obtener ayuda para tomar decisiones sobre su propia recuperación.
 - Encontrar recursos y apoyos naturales.
- **Capacitación y apoyo familiar (Family Support and Training, FST)**
Este servicio les brinda a su familia y amigos la información y las habilidades para ayudarle y apoyarle.

Puede obtener un servicio CORE si lo recomienda un proveedor calificado, como un médico o un trabajador social. Es posible que el proveedor calificado desee analizar su diagnóstico y sus necesidades antes de hacer una recomendación para un servicio CORE.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Su proveedor de atención primaria o terapeuta puede recomendarle los servicios CORE. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor calificado, comuníquese con Servicios para Miembros al número que se indica a continuación. También puede pedir ayuda a su administrador de la atención.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME)/aparatos auditivos/prótesis/ortopedia
- Servicios con orden judicial
- Servicios de apoyo social (ayuda para obtener servicios de la comunidad)
- FQHC o servicios similares

Beneficios que puede obtener de nuestro plan o con su tarjeta de Medicaid

Para algunos servicios, puede elegir dónde recibir la atención. Puede obtener estos servicios usando la tarjeta de membresía de UnitedHealthcare Community Plan. También puede ir a proveedores que aceptan su tarjeta de beneficios Medicaid. **No necesita remisión de su PCP para recibir estos servicios.** Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** si tiene alguna pregunta.

Planificación familiar

Puede asistir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca los servicios de planificación familiar. O puede visitar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Cualquiera que sea la opción, no necesita una remisión de su PCP.

Puede recibir medicamentos anticonceptivos, dispositivos anticonceptivos (DIU y diafragmas) disponibles con receta, además de métodos anticonceptivos de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, atención prenatal y servicios de aborto. También puede consultar a un proveedor de planificación familiar para que le realicen pruebas y tratamiento para el VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS), así como para recibir asesoramiento relacionado con los resultados de las pruebas. Las pruebas de detección del cáncer y otras afecciones relacionadas también se incluyen en las visitas de planificación familiar.

Exámenes de detección de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS)

Puede obtener este servicio en cualquier momento a través de su PCP o de los médicos de UnitedHealthcare Community Plan. Cuando recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar, puede ir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca los servicios de planificación familiar. No necesita una remisión cuando recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar.

Todas las personas deben hablar con su médico sobre la realización de una prueba de VIH. Para acceder a pruebas gratuitas de VIH o a pruebas en las que no se menciona su nombre, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

Tiene la opción de ir a su PCP o a la agencia de salud pública del condado para diagnóstico y/o tratamiento. No necesita una remisión para ir a la agencia de salud pública del condado.

Beneficios usando solo su tarjeta Medicaid

Existen algunos servicios que UnitedHealthcare Community Plan no provee. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios Medicaid.

Transporte que no sea de emergencia

Si vive en los condados de Albany, Broome, Bronx, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Dutchess, Erie, Essex, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Jefferson, Kings (Brooklyn), Lewis, Livingston, Madison, Monroe, Nassau, New York (Manhattan), Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orange, Oswego, Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Rockland, Seneca, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester, or Wyoming, puede obtener transporte llamando a Medical Answering Services, LLC (MAS) o LogistiCare Solutions.

El transporte médico que no sea de emergencia estarán cubiertos por Medicaid regular. Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a Medical Answering Services, LLC (MAS) o a LogistiCare Solutions, dependiendo del condado en el que viva.

Si es posible, usted o su proveedor deben llamar al proveedor de transporte regional al menos 3 días laborables antes de su cita médica y proporcionar su número de identificación de Medicaid (p. ej., AB12345C), la fecha y hora de la cita, la dirección a la que se dirige y el nombre del médico que está consultando. El transporte médico que no sea de emergencia incluye: vehículo personal, autobús, taxi, camioneta y transporte público.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Número de contacto	Condado	Quién proporciona el transporte
855-360-3549	Condado de Albany	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
844-666-6270	Condado de Bronx	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-852-3294	Condado de Broome	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-932-7743	Condado de Cayuga	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-733-9405	Condado de Chautauqua	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-733-9399	Condado de Chemung	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-733-9396	Condado de Chenango	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-753-4435	Condado de Clinton	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-360-3546	Condado de Columbia	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
845-486-3000	Condado de Dutchess	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
716-858-8000	Condado de Erie	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-753-4442	Condado de Essex	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-360-3550	Condado de Fulton	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-733-9404	Condado de Genesee	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)

48 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Número de contacto	Condado	Quién proporciona el transporte
518-943-3200	Condado de Greene	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-753-4524	Condado de Herkimer	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-558-0757	Condado de Jefferson	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
844-666-6270	Condado de Kings (Brooklyn)	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
800-430-6681	Condado de Lewis	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
585-243-7300	Condado de Livingston	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-852-3286	Condado de Madison	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-932-7740	Condado de Monroe	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
844-678-1103	Condado de Nassau	LogistiCare Solutions
844-666-6270	Condado de New York	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-753-4430	Condado de Niagara	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-852-3288	Condado de Oneida	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-852-3287	Condado de Onondaga	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-733-9402	Condado de Ontario	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-360-3543	Condado de Orange	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY 711 49
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Número de contacto	Condado	Quién proporciona el transporte
855-733-9395	Condado de Oswego	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
844-666-6270	Condado de Queens	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-666-8653	Condado de Rensselaer	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
844-666-6270	Condado de Richmond (Staten Island)	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-360-3542	Condado de Rockland	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-753-4437	Condado de Seneca	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-722-4135	Condado de St. Lawrence	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
844-678-1103	Condado de Suffolk	LogistiCare Solutions
855-733-9398	Condado de Tioga	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-287-0983	Condado de Ulster	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-360-3541	Condado de Warren	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
855-852-3295	Condado de Wayne	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
866-883-7865	Condado de Westchester	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)
585-786-8900	Condado de Wyoming	Servicio de respuesta médica (Medical Answering Service, MAS)

Transporte de emergencia

El modo en que usted obtiene transporte de emergencia no será modificado. Si tiene una emergencia y necesita una ambulancia, llame al 911.

Discapacidades del desarrollo

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento de día
- Servicios en la vivienda
- Programa Coordinación de Servicios de Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC)
- Servicios recibidos bajo el subsidio de servicios basados en la comunidad y el hogar
- Servicios subsidiados (atención en el hogar) de modelo médico

Servicios sin cobertura

Estos servicios **no están disponibles** en UnitedHealthcare Community Plan ni en Medicaid. Si recibe alguno de estos servicios, es posible que tenga que pagar la factura.

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos para su comodidad y personales
- Servicios de un proveedor que no forme parte de UnitedHealthcare Community Plan, a menos que sea uno que usted pueda ver como se describe en otro lugar de este manual, o que UnitedHealthcare Community Plan o su PCP le envíen a ese proveedor. No cubrimos servicios relacionados con curas de reposo o cuidado de custodia permanente en un hogar de atención de enfermería. “Atención de custodia” significa ayuda para trasladarse, comer, vestirse, bañarse, ir al baño y otras actividades relacionadas. La atención de custodia no incluye los servicios cubiertos que se consideren médicamente necesarios.

Es posible que deba pagar cualquier servicio que su PCP no apruebe. O bien, si acepta ser un paciente de “pago privado” o “particular” antes de recibir un servicio, deberá pagar por ese servicio.

Se incluye lo siguiente:

- Servicios no cubiertos (enumerados anteriormente)
- Servicios no autorizados
- Servicios proporcionados por proveedores que no forman parte de UnitedHealthcare Community Plan

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY 711 51
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Si recibe una factura

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que no cree que deba pagar, no la ignore. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-866-433-3413**, TTY **711** de inmediato. UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarle a comprender por qué es posible que haya recibido una factura. Si no es responsable del pago, UnitedHealthcare Community Plan se comunicará con el proveedor y ayudará a solucionar el problema por usted.

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si cree que se le exige pagar algo que Medicaid o UnitedHealthcare Community Plan deberían cubrir. Consulte la sección **Audiencias imparciales** más adelante en este manual.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

Información para los miembros de UnitedHealthcare Community Plan de New York: Servicios de emergencia y facturas “sorpresa”

UnitedHealthcare Community Plan (UHCCP) proporciona una gran variedad de servicios de atención médica sin costo alguno para usted. Nunca tendrá que pagar a su PCP ni a ningún otro proveedor de UHCCP por los servicios que aprobamos. Si un proveedor de UHCCP le pide que pague por servicios, dígame que están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413** para pedir ayuda. No tiene que presentar una reclamación para que nosotros paguemos sus servicios cubiertos y aprobados.

Es posible que se le pida que pague por servicios que no están cubiertos por los planes Medicaid, Child Health Plus, Managed Long Term Care o Medicaid Advantage de UHCCP. No se le puede cobrar por ninguno de esos servicios, a menos que usted haya aceptado esto antes de que se proporcionara la atención.

Es posible que reciba lo que se llama una “factura sorpresa”. Esto es lo que necesita saber sobre las facturas “sorpresa”:

¿Qué es una factura sorpresa?

Es una factura que usted recibe por servicios de un proveedor fuera de la red cuando:

1. El proveedor fuera de la red le proporcionó atención en un hospital o centro quirúrgico de la red y:
 - Un médico de la red no estaba disponible en ese momento; o
 - Un proveedor fuera de la red le proporcionó atención sin su conocimiento.

52 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

2. Un proveedor de la red le envía a un proveedor fuera de la red sin su consentimiento por escrito. Si el servicio no necesitaba un referido, solo puede producirse una factura sorpresa en ciertos casos. Estos son dos ejemplos: Durante su visita al consultorio, un médico de la red trae un proveedor fuera de la red. O el médico envía su análisis de sangre a un laboratorio fuera de la red sin su consentimiento por escrito.

Una factura sorpresa no significa una factura por servicios cuando usted elige ver a un proveedor fuera de la red.

¿Qué es un proveedor fuera de la red?

Un proveedor fuera de la red es un médico, proveedor o centro que no forma parte de la red de UHCCP.

¿Qué sucede cuando utilizo un proveedor fuera de la red sin aprobación?

No hay beneficios fuera de la red, excepto en unos pocos casos. Consulte su Manual del miembro para conocer las ocasiones en que puede acudir a un proveedor fuera de la red. Un centro debe informarle si un proveedor fuera de la red participará en su atención. Si no se le informa, usted no será responsable del pago. Una factura sorpresa no significa una factura por servicios cuando usted acepta ver a un proveedor fuera de la red. Asegúrese de leer cualquier acuerdo que obtenga sobre atención o facturación de un proveedor fuera de la red.

Si voy a un hospital de la red, ¿todos los proveedores estarán en la red?

Puede que sí. Es posible que algunos especialistas, como los médicos de la sala de emergencias o los radiólogos, no estén en su red. Si se hace una radiografía en un hospital de la red, es posible que el médico que la lee no esté en la red. Usted no tiene que pagar por esos servicios. Resolveremos el pago con estos proveedores. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación si recibe una factura.

¿Cómo me aseguro de recibir atención de un proveedor de la red?

Pregunte si todos los servicios que obtiene provienen de proveedores de la red. Si no es así, pregunte si hemos aprobado los servicios. Compruebe que cualquier proveedor nuevo esté en la red de UHCCP.

Para encontrar un proveedor de la red:

- Inicie sesión en <http://www.uhc.com/find-a-physician>
- Seleccione "Find a Physician or Facility" (Buscar un médico o centro); o
- Llamar al número de teléfono de su tarjeta de identificación del plan. Nos complacerá ayudar.

¿Qué sucede si tengo una emergencia?

Diríjase a la sala de emergencias más cercana para recibir atención.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY 711 53
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

¿Cuánto tengo que pagar por las facturas de emergencia y sorpresa?

No tiene que pagar una factura sorpresa. No tiene que pagar el costo de los servicios de emergencia.

¿Qué debo hacer si recibo una factura sorpresa o una factura por servicios de emergencia?

Si recibe una factura sorpresa o una factura por servicios de emergencia, no la pague. Llame al número en su tarjeta de identificación del plan.

¿Qué sucede si el proveedor no está de acuerdo con la cantidad pagada?

El proveedor debe trabajar con nosotros para liquidar la factura. Puede pedir una revisión. Esto lo hace la Resolución Independiente de Disputas (Independent Dispute Resolution, IDR) de New York. El médico puede pedirle que complete un formulario de cesión de beneficios (Assignment of Benefit, AOB) para el IDR. Ni este formulario de AOB ni ningún otro formulario para el proceso de IDR se aplica a Child Health Plus (CHP) o Medicaid. En estos casos, el plan de salud liquidará la cuenta con el proveedor.

¿Qué es el proceso independiente de resolución de controversias?

El estado de New York elige una Entidad Independiente de Resolución de Disputas (Independent Dispute Resolution Entity, IDRE) para revisar las reclamaciones en disputa. El IDRE obtiene información del proveedor y del UHCCP. El IDRE determinará un cargo por los servicios. El IDRE aceptará nuestro pago o el cargo del proveedor. Es posible que el plan de salud deba pagar algo. Pero usted no adeudará ningún pago.

Si desea hacer preguntas, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación del plan.

Administración de la utilización

UnitedHealthcare Community Plan no quiere que reciba muy poca atención o atención que no necesita. También queremos asegurarnos de que la atención que recibe sea un beneficio cubierto. El proceso para hacerlo se denomina “administración de la utilización” (utilization management, UM). No recompensamos a los proveedores ni al personal por denegar cobertura. No damos incentivos por las decisiones relacionadas con la administración de la utilización (UM).

También hay algunos servicios que necesitamos revisar antes de que pueda recibirlos. Sus proveedores saben cuáles son. Se encargan de hacernos saber que debemos revisarlos. La revisión que hacemos se denomina revisión de la utilización. Solo los médicos y farmacéuticos realizan el proceso de gestión de la utilización. No recompensamos a nadie por decir que usted no necesita atención. Si tiene preguntas sobre la renovación, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**. Hay ayuda disponible con el idioma.

Autorización de servicios y acciones

Autorización previa

Existen algunos tratamientos y servicios que necesitan aprobación antes de su realización o para que pueda continuar recibéndolos. Esto se conoce como **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza puede pedirla. Los siguientes tratamientos y servicios deben estar autorizados antes de realizarlos:

- Admisiones a los centros de pacientes hospitalizados (por ejemplo: hospitales, excepto por servicios de maternidad y trastorno por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados)
- Servicios de atención de la salud en el hogar
- Servicios de Atención Personal
- Equipos médicos duraderos (DME) superiores a \$500
- Todas las sillas de ruedas eléctricas, independientemente del costo
- Solicitudes de oxígeno tópico
- Dispositivos ortopédicos y prótesis superiores a \$500
- Cirugía cosmética y reconstructiva
- Evaluaciones y cirugía de derivación gástrica
- Servicios de hospicio para pacientes internados y ambulatorios
- Servicios de radiología avanzados, incluso exámenes de MRI, MRA y PET
- Servicios dentales accidentales
- Servicios de atención médica investigativa o experimental
- Servicios fuera de la red o fuera del estado
- Solicitudes de utilizar un proveedor no participante
- Evaluaciones e inclusión en listas de trasplantes
- Tratamiento de la disfunción eréctil, tratamientos farmacológicos, dispositivos y/o cirugía
- Inyectables médicos, incluidos IGIV, bótox, Acthar HP y Makena
- Enfermería privada de forma ambulatoria
- Estudios del sueño para miembros mayores de 6 años, pacientes hospitalizados y/o ambulatorios
- Terapia hormonal para cambio de sexo
- Cirugía de reasignación de género.
- Reasignación de sexo después del tratamiento de transición

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

La solicitud de aprobación para un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener aprobación para estos tratamientos o servicios, su médico o proveedor de atención médica debe llamar al Departamento de Autorizaciones Previas de UnitedHealthcare al 1-866-604-3267, o enviar una solicitud por escrito o fax al 1-866-950-4490. Las solicitudes por escrito extendidas por su médico o proveedor de atención médica se pueden enviar a:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
One Penn Plaza, 8th Floor
New York, NY 10119

También necesitará autorización previa si desea recibir uno de estos servicios ahora, pero necesita continuar o recibir más atención. Incluye una solicitud para atención médica a domicilio mientras se encuentra en el hospital o después de haberlo abandonado. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicios

El plan de salud tiene un equipo de revisión para asegurarnos de que recibe los servicios que prometimos. Comprobamos que el servicio que solicita está cubierto por su plan de salud. El equipo de revisión está integrado por médicos y enfermeros. Su trabajo es garantizarle que el tratamiento o servicio solicitado sea médicamente necesario y adecuado para usted. Lo llevan a cabo verificando su plan de tratamiento con las normas aceptables desde el punto de vista médico.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto menor que el solicitado. Un profesional de atención médica cualificado debe tomar estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión estará a cargo de un compañero revisor clínico, que puede ser un médico o un profesional de atención médica quien generalmente provee la atención solicitada. Usted puede solicitar las normas médicas específicas, denominadas **criterios de revisión clínica**, que se usan para tomar decisiones para medidas relacionadas con la necesidad médica.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos según un proceso de revisión **estándar** o **acelerada**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si se considera que un retraso podría causar serios daños a su salud. Si su solicitud de una revisión acelerada es denegada, se lo notificaremos y su caso será tratado mediante el proceso de revisión estándar.

Realizaremos una revisión acelerada en los siguientes casos:

- Si un retraso pondría en grave riesgo su salud, vida o capacidad para funcionar
- Si su proveedor dice que la revisión debe ser más rápida
- Si está pidiendo que continúe un servicio que está recibiendo en este momento

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como lo requiera su condición médica, pero no más tarde de lo mencionado a continuación.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Le avisaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud es aprobada o denegada. También le diremos la razón de la decisión. Le explicaremos qué opciones de apelaciones o audiencias imparciales tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Consulte también las secciones **Apelaciones al plan** y **Audiencia imparcial** más adelante en este manual).

Plazos para solicitudes de autorización previa:

Revisión estándar: Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los 3 días hábiles posteriores al recibimiento de toda la información necesaria y nos comunicaremos con usted, a más tardar, a los 14 días desde el recibimiento de su solicitud. Le avisaremos el decimocuarto día si necesitamos más información.

Revisión acelerada: Tomaremos una decisión y nos comunicaremos con usted en un plazo de 72 horas. Le avisaremos en un plazo de 72 horas si necesitamos más información.

Plazos para solicitudes de revisión concurrente:

Revisión estándar: Tomaremos una decisión dentro del día hábil posterior al recibimiento de toda la información necesaria y nos comunicaremos con usted a más tardar a los 14 días de recibida su solicitud. Le avisaremos el decimocuarto día si necesitamos más información.

Revisión acelerada: Tomaremos una decisión dentro del día laboral del recibimiento de toda la información necesaria. Nos comunicaremos con usted a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud. Le avisaremos en un plazo de 1 día hábil si necesitamos más información.

Plazos especiales para otras solicitudes:

- Si está en el hospital o acaba de abandonar el hospital y solicita atención médica a domicilio, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas desde su solicitud.
- Si recibe tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias en pacientes hospitalizados y solicita más servicios al menos 24 horas antes de recibir el alta, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a su solicitud.
- Si solicita servicios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias que puedan estar relacionados con una comparecencia en un tribunal, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas desde su solicitud.
- Si solicita un medicamento de venta con receta para pacientes ambulatorios, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a su solicitud.
- Un protocolo de terapia escalonada significa que necesitamos que pruebe otro fármaco primero, antes de aprobar el fármaco que está pidiendo. Si solicita aprobación para anular un protocolo de terapia escalonada, tomaremos una decisión en 24 horas para los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Para otros medicamentos, tomaremos una decisión en el plazo de 14 días a partir de su solicitud.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** 57
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

En todos los casos, nos comunicaremos con usted a más 72 horas después de recibir su solicitud. Avisaremos en un plazo de 72 horas si necesitamos más información.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su solicitud de servicio, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos por escrito sobre qué información es necesaria. Si su solicitud es una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación escrita después.
- Le explicaremos por qué el retraso es por su bien.
- Tomaremos una decisión a más tardar en 14 días desde el día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar la decisión. Puede ser porque tiene más información para entregarle al plan que podría ayudar a decidir su caso. Esto se puede realizar llamando al **1-866-433-3413**, TTY **711** o por fax al 1-800-771-7507. Las solicitudes por escrito extendidas por su médico o proveedor de atención médica se pueden enviar a:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
One Penn Plaza, 8th Floor
New York, NY 10119

Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja al plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar la solicitud. Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión al Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

Le notificaremos a más tardar en la fecha en que venza nuestro plazo para la revisión. Si por algún motivo no recibe noticias nuestras para esa fecha, esto significa lo mismo que denegar su solicitud de autorización de servicio. Si no respondemos a una solicitud para anular un protocolo de terapia escalonada a tiempo, su solicitud será aprobada.

Si cree que nuestra decisión de rechazar su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, tiene derecho a presentarnos una apelación al plan. Consulte la sección **Apelaciones del plan** más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención

A veces realizamos una revisión recurrente en la atención médica que recibe para ver si todavía necesita la atención. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le diremos si tomamos estas decisiones.

Plazos para otras decisiones sobre su atención:

En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio ya aprobado y que recibe actualmente, debemos notificárselo, por lo menos, 10 días antes del cambio de servicio.

Debemos informarle al menos 10 días antes de tomar cualquier decisión sobre servicios y apoyos a largo plazo, como atención médica domiciliaria, atención personal, CDPAS y atención médica diurna para adultos, y atención en un hogar de atención de enfermería.

Si controlamos una atención que se realizó en el pasado, tomaremos la decisión de pago dentro de los 30 días del recibimiento de la información para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago para un servicio, le enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día que se deniegue el pago. Estos avisos no son facturas. **No tendrá que pagar por ninguna atención médica recibida cubierta por el plan o por Medicaid, incluso si luego denegamos el pago al proveedor.**

También puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre sus opciones de cobertura, quejas y apelaciones. Ellos pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación. Comuníquese con ICAN para obtener más información sobre los servicios que ofrece:

Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión de TTY: 711)

Web: www.icannys.org

Correo electrónico: ican@cssny.org

Cómo pagamos a nuestros proveedores

Tiene el derecho de preguntar si tenemos algún acuerdo financiero especial con nuestros médicos que podría afectar el uso de sus servicios de atención médica. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** si tiene inquietudes específicas. Además, queremos informarle que la mayoría de nuestros proveedores reciben su pago a través de una o varias de las siguientes formas.

- Si nuestros PCP trabajan en una clínica o centro de salud, probablemente perciban un **sueldo**. La cantidad de pacientes que ven no afecta esta situación.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

- Nuestros PCP que trabajan desde sus propios consultorios pueden percibir un cargo fijo todos los meses por cada paciente del que sean su PCP. El cargo es el mismo independientemente de si el paciente necesita una o varias visitas, o incluso ninguna. Esto se denomina **capitación**.
- A veces, los proveedores reciben una tarifa fija por cada persona de su lista de pacientes, pero se puede retener algo de dinero (quizás el 10 %) para un fondo de **incentivo**. Al final del año, este fondo se utiliza para recompensar a los PCP que hayan cumplido con los estándares de pago adicional establecidos por el plan.
- También se les podrá pagar a los proveedores mediante **cargo por servicio**. Esto significa que perciben un cargo en concordancia con el plan por cada servicio que proveen.

Usted puede ayudar con las políticas del plan

Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a elaborar políticas que sirvan mejor a nuestros miembros. Si tiene ideas, háganos saber. Quizá le gustaría trabajar con uno de nuestros comités o juntas de asesoramiento de miembros. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** para saber cómo puede ayudar.

Información de Servicios para Miembros

Esta es la información que puede obtener si llama a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**.

- Una lista de nombres, direcciones y cargos de la junta de directores, ejecutivos, dirigentes, propietarios y socios de UnitedHealthcare Community Plan.
- Una copia de los estados financieros/estados contables más recientes, resúmenes de ingresos y egresos.
- Una copia del contrato de suscriptor de pago directo individual más reciente.
- Información del Departamento de Servicios Financieros acerca de quejas de los consumidores sobre UnitedHealthcare Community Plan.
- Cómo mantenemos la privacidad de sus notas clínicas e información de los miembros.
- Por escrito, le notificaremos cómo nuestro plan verifica la calidad de atención a nuestros miembros.
- Le informaremos los hospitales con los que trabajan nuestros proveedores de salud.
- Si lo pide por escrito, le informaremos sobre las pautas que utilizamos para revisar las afecciones o enfermedades cubiertas por UnitedHealthcare Community Plan.
- Si lo pide por escrito, le informaremos sobre la preparación requerida y cómo los proveedores de atención médica pueden aplicar para formar parte de UnitedHealthcare Community Plan.

- Si pregunta, le informaremos 1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen acuerdos de incentivo médico que afecten el uso de los servicios de referido, y en tal caso 2) los tipos de acuerdos que utilizamos; y 3) si se provee protección de compensación para médicos y grupos de médicos.
- Información sobre cómo está organizada y cómo trabaja la empresa.

Manténganos informados

Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** cuando se produzcan estos cambios en su vida:

- Cambia su nombre, dirección o número de teléfono
- Sufre un cambio en la elegibilidad de Medicaid
- Está embarazada
- Da a luz
- Existiera un cambio en su seguro
- Cuando usted se inscribe en un nuevo programa de administración de casos o recibe servicios de administración de casos en otra organización comunitaria

Si ya no recibe Medicaid, consulte al Departamento de Servicios Sociales local. Es posible que pueda inscribirse en otro programa.

Cancelación de inscripción y transferencias

1. Si desea abandonar el plan

Puede probarlos durante 90 días. Puede abandonar UnitedHealthcare Community Plan y afiliarse a otro plan de salud en cualquier momento durante ese tiempo. Si no abandona en los primeros 90 días, sin embargo, debe permanecer en UnitedHealthcare Community Plan durante nueve meses más, **a menos que** tenga una buena razón (causa justa).

Algunos ejemplos de causa justa son:

- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del estado de New York y, en consecuencia, nuestros miembros resultan perjudicados
- Se muda fuera del área de servicio
- Usted, el plan y el Departamento Local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, LDSS) coinciden en que la cancelación de la inscripción es lo mejor para usted
- Está exento o excluido de atención médica administrada

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** 61
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

- No ofrecemos un servicio de atención administrada de Medicaid que pueda obtener de otro plan de salud en su área
- Necesita un servicio relacionado con un beneficio que decidimos no cubrir y obtener el servicio en forma separada pondría en riesgo su salud
- No hemos podido proporcionar los servicios según lo estipulado en nuestro contrato con el estado

Para cambiar de plan:

- Llame al personal de atención médica administrada en su Departamento local de Servicios Sociales
- Llame a Medicaid Choice de New York al 1-800-505-5678. Los asesores de Medicaid Choice de New York pueden ayudarle a cambiar de plan de salud

Puede desafiliarse o cambiarse a otro plan por teléfono. Si tiene que estar en atención médica administrada, tendrá que elegir otro plan de salud.

El proceso puede llevar entre dos y seis semanas, según cuándo se reciba su solicitud. Se le informará que el cambio se llevará a cabo para determinada fecha. UnitedHealthcare Community Plan le brindará la atención que necesite hasta entonces.

Usted puede pedir que se actúe con mayor rapidez si considera que el tiempo del proceso regular podría causarle mayores daños a su salud. También puede pedir que se actúe con mayor rapidez si presentó una queja por no estar de acuerdo con la inscripción. Simplemente llame al Departamento Local de Servicios Sociales o New York Medicaid Choice.

2. Podría dejar de ser elegible para recibir Medicaid managed care y planes de salud y recuperación

Usted podría tener que abandonar UnitedHealthcare Community Plan si:

- Se muda fuera del condado o área de servicio.
- Se cambia a otro plan de atención médica administrada.
- Se afilia a una HMO u otro plan de seguros a través del trabajo.
- Es encarcelado, o
- De lo contrario, perderá la elegibilidad.

Si tiene que abandonar UnitedHealthcare Community Plan o deja de ser elegible para Medicaid, todos sus servicios pueden interrumpirse inesperadamente, incluida cualquier atención que reciba en su hogar. Llame inmediatamente a Medicaid Choice de New York al **1-800-505-5678** si esto sucede.

3. Podemos solicitarle que abandone UnitedHealthcare Community Plan

También puede perder su membresía de UnitedHealthcare Community Plan si con frecuencia:

- Se niega a trabajar con su PCP en relación a su atención médica
- No cumple con las citas
- Asiste a la sala de emergencia para una atención que no es de emergencia
- No sigue las reglas de UnitedHealthcare Community Plan
- No completa los formularios en forma honesta o no provee la información verdadera (comete fraude)
- actúa de manera tal que nos impide realizar lo mejor para usted y otros miembros, incluso después de intentar solucionar los problemas

También puede perder su membresía de UnitedHealthcare Community Plan si causa abuso o daño a los miembros, proveedores o personal del plan.

4. Independientemente del motivo por el que cancele su inscripción, prepararemos un plan de alta para ayudarle a obtener los servicios que necesita.

Apelaciones al plan

Existen algunos tratamientos y servicios que necesitan aprobación antes de su realización o para que pueda continuar recibiéndolos. Esto se conoce como **autorización previa**. La solicitud de aprobación para un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Este proceso se describió anteriormente en este manual. El aviso de nuestra decisión de rechazar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto inferior al solicitado se denomina **determinación adversa inicial**.

Si no está conforme con nuestra decisión acerca de su atención, existen ciertos pasos que puede seguir.

Su proveedor puede pedir la reconsideración

Si tomamos la decisión de que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o era experimental o investigativa, y no hablamos con su médico, este puede pedir hablar con el director médico del plan. El director médico hablará con su médico en un plazo de un día hábil.

Puede presentar una apelación al plan.

Si cree que nuestra decisión sobre su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, puede pedirnos que examinemos su caso nuevamente. Esto se llama apelación al plan.

- Tiene **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de Determinación adversa inicial para solicitar una apelación al plan.
- Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** si necesita ayuda para solicitar una apelación al Plan o para seguir los pasos del proceso de apelación. Podemos asistirlo si tiene necesidades especiales como un problema de audición o visión o si necesita servicios de traducción.
- Puede solicitar una apelación al plan, o puede hacer que otra persona, como un familiar, amigo, médico o abogado, la pida por usted. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que diga que desea que esa persona le represente.
- No lo trataremos diferente ni actuaremos incorrectamente con usted porque presente una apelación al plan.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Puede llamar o escribir para solicitar una apelación al plan. Cuando solicite una apelación al plan, o poco después, deberá indicarnos:

- Su nombre y dirección
- Número de afiliado
- El servicio que usted solicitó y el/los motivo(s) de la apelación
- Cualquier información que desee que revisemos, como notas clínicas, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el servicio
- Cualquier información específica que dijimos que necesitábamos en el aviso de Determinación adversa inicial
- Para ayudarle a prepararse para su apelación al plan, puede solicitar ver las pautas, las notas clínicas y otros documentos que utilizamos para realizar la determinación adversa inicial. Si se acelera su apelación al plan, es posible que tenga poco tiempo para darnos la información que desea que revisemos. Puede solicitar ver estos documentos o solicitar una copia gratuita llamando al **1-866-433-3413**.

Proporciónenos su información y materiales por teléfono o correo postal:

Teléfono: **1-866-433-3413**

Correo postal: Member Complaints, Grievances and Appeals
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Si solicita una apelación al plan por teléfono, a menos que sea acelerada, también debe enviarnos su apelación al plan por escrito.

Si solicita un servicio o proveedor fuera de la red:

- Si dijimos que el servicio que solicitó no es muy diferente de un servicio disponible de un proveedor participante, puede pedirnos que verifiquemos si este servicio es médicamente necesario para usted. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación al plan:
 1. Una declaración por escrito de su médico de que el servicio fuera de la red es muy diferente del servicio que el plan puede proporcionar con un proveedor participante. Su médico debe ser un especialista certificado por una junta o elegible para la certificación, que atienda a personas que necesitan el servicio que usted solicita.
 2. Dos documentos médicos o científicos que demuestren que el servicio que solicita es más útil para usted y no le causará más daño que el servicio que el plan puede proporcionar con un proveedor participante.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

- Si cree que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación ni la experiencia correctas para proporcionar un servicio, puede pedirnos que verifiquemos si es médicamente necesario que usted sea referido a un proveedor fuera de la red. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación:
 1. Una declaración por escrito que diga que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación ni la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades, y
 2. Que recomienda un proveedor fuera de la red con la capacitación y la experiencia adecuadas que puede brindarle el servicio.

Su médico debe ser un especialista certificado por una junta o elegible para la certificación, que atienda a personas que necesitan el servicio que usted solicita. Si su médico no envía esta información, revisaremos su apelación al plan de todos modos. Sin embargo, es posible que usted no sea elegible para una apelación externa. Consulte la sección **Apelaciones externas** más adelante en este manual.

Su apelación al plan se revisará bajo el proceso acelerado:

- Si usted o su médico solicitan que su apelación al plan sea revisada mediante el proceso acelerado. Su médico deberá explicar de qué manera un retraso causaría daños a su salud; Si se rechaza su solicitud para una revisión acelerada, se lo informaremos y se revisará su apelación mediante el proceso de revisión estándar; o
- Si se rechazó su solicitud cuando solicitó continuar recibiendo atención que está recibiendo en la actualidad o necesita prolongar un servicio que se le ha brindado; o
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó atención médica domiciliaria después de haber estado en el hospital; o
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias en pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes del momento en que debía abandonar el hospital.

Las apelaciones al plan aceleradas se pueden realizar por teléfono y no es necesario hacer seguimiento por escrito.

Qué sucede después de que recibimos su apelación al plan

- En un plazo de 15 días le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación al plan.
- Le enviaremos una copia gratuita de las notas clínicas y cualquier otra información que utilicemos para tomar la decisión sobre la apelación. Si se acelera su apelación al plan, es posible que tenga poco tiempo para revisar esta información.
- También puede proporcionar información en persona o por escrito que se utilizará para tomar la decisión. Llame a UnitedHealthcare al **1-866-433-3413**, TTY **711** si no está seguro de qué información brindarnos.

66 **¿Tiene preguntas?** Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

- Las apelaciones al plan por asuntos clínicos serán decididas por profesionales de la atención médica cualificados que no tomaron la primera decisión, y al menos uno de ellos será un colega revisor clínico.
- Las decisiones que no sean clínicas estarán a cargo de personas que trabajan en un nivel superior que aquellas que trabajaron en su primera decisión.
- Le enviaremos una copia gratuita de las notas clínicas y cualquier otra información que utilicemos para tomar la decisión sobre la apelación. Si se acelera su apelación al plan, es posible que tenga poco tiempo para revisar esta información.
- También puede proporcionar información en persona o por escrito que se utilizará para tomar la decisión. Llame al **1-866-433-3413**, TTY **711** si no está seguro de qué información brindarnos.
- Se le darán las razones de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. El aviso de la decisión de la apelación al plan de rechazar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto inferior al solicitado se denomina **determinación adversa final**.
- **Si cree que nuestra determinación adversa final es incorrecta:**
 1. Puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección **Audiencias imparciales** de este manual.
 2. Para algunas decisiones, es posible que pueda solicitar una apelación externa. Consulte la sección **Apelaciones externas** de este manual.
 3. Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York en OHIP DHPKO 1CP-1609 New York Department of Health, Albany, NY 12237, 1-800-206-8125.

Plazos para las apelaciones al plan

- **Apelaciones al plan estándares:** Si tenemos toda la información necesaria, le informaremos sobre nuestra decisión en un **plazo de treinta días calendario** desde el momento en que solicitó su apelación al plan.
- **Apelaciones aceleradas:** Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones sobre apelaciones al plan aceleradas se tomarán en 2 días laborables desde su apelación al plan, pero no más de 72 horas desde el momento en que usted solicitó su apelación al plan.
 1. Le avisaremos en un plazo de 72 horas si necesitamos más información.
 2. Si su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias en pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes del momento en que debía abandonar el hospital, tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 24 horas.
 3. Le comunicaremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos un aviso por escrito más tarde.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Su apelación al plan se revisará bajo el proceso acelerado si:

- Si usted o su médico solicitan que su apelación al plan sea revisada mediante el proceso acelerado. Su médico deberá explicar de qué manera un retraso causaría daños a su salud; Si su solicitud de proceso acelerado es denegada, se lo notificaremos y su apelación al plan se revisará mediante el proceso estándar; o
- Si su solicitud fue denegada cuando pidió continuar recibiendo la atención que recibe ahora o necesita extender un servicio proporcionado; o
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó atención médica domiciliaria después de haber estado en el hospital; o
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó más tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias en pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes del momento en que debía abandonar el hospital.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su apelación al plan, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos por escrito sobre qué información se necesita. Si su solicitud está en una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos una notificación escrita después.
- Le explicaremos por qué el retraso es por su bien.
- Tomaremos una decisión a más tardar en 14 días desde el día en que solicitamos más información.

Usted o su representante también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Puede ser porque tiene más información para entregarle al plan que podría ayudarle a decidir su caso. Esto se puede realizar llamando al **1-866-433-3413**, TTY **711** o por escrito.

Envíe las solicitudes por escrito a:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Usted o su representante puede presentar una queja al plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación al plan. Usted o alguien de su confianza puede presentar una queja sobre el tiempo de revisión al Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

Si usted no recibe una respuesta a su apelación al plan o nosotros no tomamos una decisión a tiempo, incluidas las extensiones del plazo, puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección **Audiencias imparciales** de este manual.

Si no tomamos una decisión sobre su apelación al plan a tiempo, y dijimos que el servicio que solicita

- No es médicamente necesario
- Es experimental o está en investigación
- No es diferente de un servicio que está disponible en nuestra red
- Está disponible a través de un proveedor participante que cuenta con la capacitación y la experiencia necesarias para satisfacer sus necesidades

La denegación original contra usted se revertirá. Esto significa que se aprobará la solicitud de autorización del servicio.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión acerca de su atención

Si decidimos reducir, suspender o interrumpir los servicios que está recibiendo ahora, es posible que pueda continuar con los servicios mientras espera que se decida su apelación al plan. **Debe solicitar su apelación al plan:**

- En el término de **diez días** a partir de la fecha en que se le comunique que está cambiando su atención; o
- A más tardar en la fecha en que está programado el cambio de servicios, lo que ocurra más tarde.

Si su apelación al plan da como resultado otra denegación, es posible que deba pagar los costos de los beneficios continuados que recibió.

Apelaciones externas

Usted tiene otros derechos de apelación si dijimos que el servicio que solicita:

- No es médicamente necesario.
- Es experimental o está en investigación.
- No es diferente de la atención que puede recibir en la red del plan; o
- Está disponible a través de un proveedor participante que tiene la capacitación y experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Para este tipo de decisiones, ahora puede pedir al estado de New York una **apelación externa** independiente. Esto se denomina apelación externa porque la deciden los revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Los revisores son personas cualificadas aprobadas por el Estado de New York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o debe ser un tratamiento experimental, ensayo clínico o tratamiento para una enfermedad rara. No tiene que pagar por una apelación externa.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Antes de solicitar una apelación externa:

- Debe presentar una apelación al plan y recibir la determinación adversa final del plan; o
- Si no recibió el servicio y solicita una apelación al plan acelerada, puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su médico tendrá que decir si una apelación externa acelerada es necesaria; o
- Usted y el plan pueden acordar saltar el proceso de apelaciones del plan y pasar directamente a la apelación externa; o
- Puede probar que el plan no siguió las reglas correctamente al procesar su apelación al plan.

Tiene 4 meses después de recibida la determinación adversa final del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acordaron omitir el proceso de apelación al plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de 4 meses desde que se llegó al acuerdo.

Para pedir una apelación externa, rellene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711** si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico. La solicitud de apelación externa explica qué información se necesita.

Estas son algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882
- Ingrese al sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov
- Comuníquese con el plan de salud al **1-866-433-3413**, TTY **711**

Su apelación externa se decidirá en 30 días. Se puede requerir más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de apelaciones externas solicita más información. Se les comunicará a usted y al plan la decisión final en el término de dos días después de que se tome la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si:

- Su médico dice que un retraso podría causar daños a su salud; o
- Si se encuentra en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y el plan niega la atención hospitalaria.

Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de apelaciones externas decidirá una apelación acelerada en 72 horas o menos.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Si solicitó tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias como mínimo 24 horas antes del momento en que debía abandonar el hospital, continuaremos pagando su estancia si:

- Usted solicita una apelación al plan acelerada en un plazo de 24 horas, y
- Solicita una apelación externa acelerada al mismo tiempo.

Continuaremos pagando su internación hasta que se tome una decisión sobre sus apelaciones. Tomaremos una decisión sobre su apelación al plan acelerada en 24 horas. La apelación externa acelerada se decidirá en 72 horas.

El revisor de apelaciones externas les informará a usted y al plan la decisión de inmediato por teléfono o por fax. Luego, se le enviará una carta con la información sobre la decisión.

Si solicita una apelación al plan y recibe una determinación adversa final que niega, reduce, suspende o detiene su servicio, puede solicitar una audiencia imparcial. Usted puede solicitar una audiencia imparcial o solicitar una apelación externa, o ambas cosas. Si pide una audiencia imparcial y también una apelación externa, la decisión del director de audiencias imparciales será la que cuente.

Audiencias Imparciales

Puede pedir una audiencia imparcial del estado de New York.

- No está a gusto con una decisión tomada por el Departamento local de Servicios Sociales o el Departamento de Salud Estatal, sobre si permanece o abandona UnitedHealthcare Community Plan.
- No está satisfecho con la decisión que tomamos de restringir sus servicios. Siente que la decisión limita los beneficios de Medicaid. Tiene 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso de intención de restringir para solicitar una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia imparcial dentro de los 10 días posteriores al Aviso de intención de restringir, o antes de la fecha de entrada en vigencia de la restricción, lo que ocurra más tarde, puede continuar recibiendo sus servicios hasta la decisión de audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde la audiencia imparcial, debe pagar el costo de los servicios recibidos mientras esperaba la decisión.
- No está a gusto con la decisión de su médico de no solicitar servicios que usted quería. Siente que la decisión del médico corta o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja a UnitedHealthcare Community Plan. Si UnitedHealthcare Community Plan se muestra de acuerdo con su médico, puede solicitar una apelación al plan. Si recibe una determinación adversa final, tendrá 120 días naturales a partir de la fecha de la determinación adversa final para solicitar una audiencia imparcial del estado.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

- No está satisfecho con una decisión que tomamos sobre su atención. Siente que la decisión limita los beneficios de Medicaid. No está satisfecho con nuestra decisión de:
 1. Reducir, suspender o detener la atención que estaba recibiendo; o
 2. Denegar la atención que deseaba;
 3. Denegar el pago de la atención que recibió; o
 4. No se le permitió disputar un monto de copago, otro monto que adeuda o el pago que realizó por su atención médica.

Primero debe solicitar una apelación al plan y recibir una determinación adversa final. Tendrá 120 días naturales a partir de la fecha de la determinación adversa final para solicitar una audiencia imparcial.

Si solicitó una apelación al plan y recibe una determinación adversa final que reduce, suspende o detiene la atención que usted recibe ahora, puede continuar recibiendo los servicios que su médico indicó mientras espera a que se decida su audiencia imparcial. Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de 10 días a partir de la fecha de la determinación adversa final o en el momento en que la medida entre en vigor, lo que ocurra más tarde. Sin embargo, si elige solicitar la continuidad de los servicios y pierde la audiencia imparcial, debe pagar el costo de los servicios recibidos mientras esperaba la decisión.

- Usted solicitó una apelación al plan, y el tiempo para que decidamos sobre su apelación al plan ha vencido, incluida cualquier extensión del plazo. Si usted no recibe una respuesta a su apelación al plan o nosotros no tomamos una decisión a tiempo, puede solicitar una audiencia imparcial.

La decisión que reciba del director de audiencias imparciales será definitiva.

Si recibe una factura por servicios de atención médica, puede comunicarse con Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**, para obtener ayuda y confirmar su derecho a una audiencia imparcial del estado si no está de acuerdo con la determinación de denegar el pago de un servicio de atención médica. UnitedHealthcare Community Plan continuará garantizando una respuesta rápida a su solicitud o a la de su representante para ver su expediente (un expediente del caso contiene información relacionada con una solicitud de servicio específica e información revisada por UnitedHealthcare Community Plan en el proceso de alcanzar una determinación de cobertura). UnitedHealthcare Community Plan cumplirá con los requisitos de confidencialidad y, cuando lo exija la ley o la normativa, obtendrá la autorización adecuada antes de divulgar la información médica protegida que pueda incluirse en su expediente.

Debe presentar una queja a UnitedHealthcare Community Plan. Si UnitedHealthcare Community Plan coincide con su médico, puede solicitar una audiencia imparcial del estado. La decisión que reciba del director de audiencias imparciales será definitiva.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Puede usar una de las siguientes maneras para solicitar una audiencia imparcial:

1. Por teléfono, llame de forma gratuita al 800-342-3334
2. Por fax: 518-473-6735
3. Por Internet: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
4. Por correo:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, NY 12201-2023

Cuando solicite una audiencia imparcial sobre una decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan, debemos enviarle una copia del **paquete de pruebas**. Esta es la información que utilizamos para tomar nuestra decisión sobre su atención. El plan proporcionará esta información al funcionario que realiza la audiencia para explicarle nuestra medida. Si no hay tiempo suficiente para enviárselo por correo, llevaremos una copia del paquete de pruebas a la audiencia para usted. Si no recibe su paquete de pruebas la semana anterior a su audiencia, puede llamar al **1-866-433-3413**, TTY **711** para solicitarlo.

Recuerde que puede presentar una queja al Departamento de Salud del estado de New York en cualquier momento llamando al 1-800-206-8125.

También puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre sus opciones de cobertura, quejas y apelaciones. Ellos pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación. Comuníquese con ICAN para obtener más información sobre los servicios que ofrece:

Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión de TTY: 711)

Web: www.icannys.org

Correo electrónico: ican@cssny.org

Proceso de queja

Reclamaciones

Esperamos que nuestro plan de salud lo satisfaga. Si tiene un problema, hable con su PCP, llame o escriba a Servicios para Miembros. La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Si tiene un problema o disputa con su atención o servicios, puede presentar una queja al plan. Los problemas que no se resuelven de inmediato por teléfono y toda queja que llegue por correo se tratarán según el procedimiento de queja descrito a continuación.

Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413** si necesita ayuda para presentar una queja o seguir los pasos del proceso de queja. Podemos asistirlo si tiene necesidades especiales como un problema de audición o visión o si necesita servicios de traducción.

No complicaremos las cosas ni tomaremos una acción en contra de usted por presentar una queja.

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del estado de New York sobre su queja llamando al 1-800-206-8125 o escribir a:

Complaint Unit, Bureau of Consumer Services
OHIP DHPCO 1CP-1609
New York State Department of Health
Albany, New York 12237

También puede ponerse en contacto con el Departamento local de Servicios Sociales en cualquier momento respecto a su queja.

Puede llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York al 1-800-342-3736 si su queja implica un problema de facturación.

Cómo presentar una queja a nuestro plan

Puede presentar una queja, o puede hacer que otra persona, como un familiar, amigo, médico o abogado, la presente por usted. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que diga que desea que esa persona le represente.

Para presentar una queja por teléfono, llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711**, las 24 horas de día, los 7 días de la semana. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo informaremos.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Puede escribirnos con su queja o llamar al número de Servicios para Miembros y solicitar un formulario de queja. Debe enviarla a la siguiente dirección:

Complaints, Grievances and Appeals
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Qué sucede después?

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono o después de recibir su queja por escrito, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. La carta detallará:

- Quién está trabajando en su queja
- Cómo comunicarse con esa persona, y
- Si necesitamos más información.

Asimismo, usted puede proporcionar información personalmente o por escrito para que se use al revisar su queja. Llame a UnitedHealthcare al **1-866-433-3413** si no está seguro de qué información debe proporcionarnos.

Su queja será revisada por una o más personas calificadas. Si su queja implica asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de atención médica calificados.

Después de revisar su queja

Le avisaremos de nuestra decisión dentro de los 45 días de contar con toda la información necesaria para responder a su queja, pero tendrá noticias en un plazo no mayor a 60 días del día en que recibimos su queja. Le escribiremos y le haremos saber las razones de nuestra decisión.

Cuando una demora podría poner en riesgo su salud, le avisaremos de nuestra decisión dentro de las 48 horas de contar con toda la información necesaria para responder su queja, pero tendrá noticias en un plazo no mayor a 7 días desde el día en que recibimos su queja. Lo llamaremos con nuestra decisión o trataremos de localizarle para decírselo. Recibirá una carta para realizar un seguimiento de nuestra comunicación en 3 días hábiles.

Se le dirá cómo apelar nuestra decisión si no está satisfecho e incluiremos los formularios que necesite.

Si no podemos tomar una decisión acerca de su queja debido a que no contamos con suficiente información, le enviaremos una carta y se lo informaremos.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

Apelaciones de quejas

Si está en desacuerdo con una decisión tomada sobre su queja, puede presentar una **apelación de queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de queja

Si no está satisfecho con lo que decidimos, tiene al menos 60 días laborables después de recibir nuestra decisión para presentar una apelación de la queja.

Puede hacerlo usted mismo o pedir a una persona de su confianza que presente la apelación de queja por usted.

La apelación de queja se debe realizar por escrito. Si presenta una apelación por teléfono, se debe realizar un seguimiento por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario con el resumen de su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar el formulario y devolverlo. Puede realizar los cambios necesarios antes de devolver el formulario.

Qué sucede después de recibir su apelación de queja

Después de que recibimos su apelación de queja por escrito, le enviaremos una carta en el término de 15 días hábiles. La carta detallará:

- Quién está trabajando en su apelación de queja
- Cómo comunicarse con esa persona, y
- Si necesitamos más información.

Su apelación de quejas será revisada por una o más personas calificadas en un nivel superior que aquellas que tomaron la primera decisión sobre su queja. Si su apelación de queja implica asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de la salud cualificados, con, por lo menos, un compañero revisor clínico que no haya participado en la primera decisión sobre su queja.

Si contamos con toda la información que necesitamos, se le informará nuestra decisión en el término de 30 días hábiles. Si una demora pusiera en riesgo su salud, se le comunicará nuestra decisión en 2 días hábiles a partir de la fecha en que contemos con toda la información que necesitamos para resolver la apelación.

Se le darán las razones de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. Si aún no queda conforme, usted o alguien que lo represente podrán presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

También puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre sus opciones de cobertura, quejas y apelaciones. Ellos pueden ayudarle a gestionar el proceso de apelación. Comuníquese con ICAN para obtener más información sobre los servicios que ofrece:

Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión de TTY: 711)

Web: www.icannys.org

Correo electrónico: ican@cssny.org

Derechos y responsabilidades de los miembros

Sus derechos

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, tiene derecho a:

- Recibir información acerca de UnitedHealthcare, sus servicios, sus profesionales de la salud y sus proveedores, y derechos y responsabilidades del miembro
- Ser atendido con respeto, dignidad y privacidad, sin tener en cuenta el estado de salud, sexo, raza, color, religión, origen nacional, edad, estado civil u orientación sexual
- Saber dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de UnitedHealthcare Community Plan
- Que su PCP le explique cuál es el problema, lo que se puede hacer por usted y cuál sería el resultado probable, en un idioma que usted comprenda
- Obtener una segunda opinión respecto de su atención por parte de un proveedor de la red o que no pertenezca a la red sin costo adicional si no hay un proveedor de la red disponible
- Aprobar cualquier tratamiento o plan para su atención médica después de recibir una explicación completa del mismo
- Rechazar la atención médica y que se le informe los riesgos que eso implica
- Obtener una copia de sus registros médicos y hablar de ellos con su PCP y pedir, si es necesario, que sus registros médicos se enmienden o corrijan
- Asegurarse de que su registro médico sea privado y no se comparta con otra persona, excepto según lo requerido por ley, contrato o con su aprobación
- Utilizar el sistema de quejas de UnitedHealthcare Community Plan para resolver las quejas, o quejarse al Departamento de Salud del estado de New York o al Departamento local de Servicios Sociales cada vez que crea que no fue tratado de forma justa
- Efectuar recomendaciones acerca de la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización
- Utilizar el sistema de audiencias imparciales del estado

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY 711 77
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

- Nombrar a alguien (familiar, amigo, abogado, etc.) para que hable sobre su atención médica y tratamiento si usted no puede hacerlo por sí mismo
- Recibir atención médica considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias
- Tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios

Sus responsabilidades

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted se compromete a:

- Trabajar con su PCP para proteger y mejorar su salud.
- Proporcionar información verdadera y completa que la organización y sus profesionales de la salud y proveedores necesitan para proveer la atención.
- Cumplir con los planes y las instrucciones de atención que ha acordado con su profesional de la salud.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento establecidos de mutuo acuerdo.
- Saber cómo funciona su sistema de atención médica.
- Escuchar los consejos de su PCP y hacer preguntas si tiene dudas.
- Llamar o regresar a su PCP si no se siente mejor, o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que usted pretende recibir.
- Decirnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención médica. Llamar a Servicios para Miembros.
- Asistir a sus citas. Si debe cancelar una cita, llámenos tan pronto como pueda.
- Usar la sala de emergencias únicamente para emergencias verdaderas.
- Llamar a su PCP cuando necesita atención médica, incluso fuera de horas de consulta.

Nueva tecnología

UnitedHealthcare Community Plan sigue un proceso para buscar nuevos procedimientos médicos, tratamientos y medicamentos una vez considerados seguros y aprobados para su uso por un grupo nacional de expertos médicos reconocidos (por ejemplo, la FDA o Administración de Alimentos y Medicamentos [Food & Drug Administration]). Una vez que esto sucede, se realiza una revisión interna y un proceso de aprobación que se usa para colocar los nuevos procedimientos, tratamientos y medicamentos en producción, de esta manera será un beneficio cubierto para usted.

Directrices anticipadas

Puede suceder que en algún momento de la vida usted no pueda tomar decisiones acerca de su propia atención médica. Al planificarlo con anticipación, puede decidir ahora cómo hacer que se cumplan sus deseos. Primero, hágales saber a sus familiares, amigos y a su médico qué tipos de tratamientos desea o no desea recibir. Segundo, puede designar a un adulto de su confianza para que tome las decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia y demás personas cercanas; así sabrán lo que usted quiere. Tercero, es mejor si escribe lo que piensa. Los documentos enumerados a continuación pueden ayudarlo. No necesita emplear a un abogado, pero es posible que desee hablar con uno acerca de este tema. Puede cambiar de opinión y cambiar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a comprender y obtener estos documentos. Estos documentos no modifican su derecho a recibir beneficios de atención de la salud de calidad. El único objetivo es permitir a los demás saber cuál es su deseo si no puede hablar por usted mismo.

Poder de representación para la atención médica

Con este documento, usted nombra a otro adulto de su confianza (generalmente un amigo o miembro de la familia) para que decida sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo. Si lo hace, debe hablar con la persona, así sabrá lo que usted quiere.

CPR y DNR

Tiene derecho a decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para reanimar su corazón o pulmones en caso de que la respiración o la circulación se detuvieran. Si no desea tratamiento especial, incluida la reanimación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, CPR), debe dejarlo asentado por escrito. Su PCP proveerá una orden de DNR (no reanimar [Do Not Resuscitate]) para sus notas clínicas. También puede llevar con usted un formulario DNR y/o un brazalete para que cualquier proveedor médico de emergencia sepa cuáles son sus deseos.

Tarjeta de donante de órganos

Esta tarjeta del tamaño de su billetera indica que usted desea donar los órganos del cuerpo para ayudar a otros cuando fallezca. Además, marque la parte posterior de su licencia de conducir para informar a los demás si desea donar sus órganos y cómo desea hacerlo.

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 médica.
- Cuándo podemos compartir su información médica con otras personas o entidades.
- Qué derechos tiene sobre su información médica.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

La información médica es información sobre su salud o servicios de atención de la salud. Tenemos derecho a cambiar nuestras políticas de privacidad para manejar la información médica. 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 médica. Recopilamos y conservamos su información médica para poder realizar nuestras operaciones comerciales. La información médica puede ser verbal, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su información médica a empleados y Proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información médica.

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 médica 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 médica de la siguiente forma:

- **Para Recibir un Pago.** Podemos recopilar, usar o compartir su información médica 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 médica con sus Proveedores para ayudar con su atención.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

- **Para Operaciones de Atención de la Salud.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar 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, cancelaciones de la inscripción y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para Propósitos de Suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información médica genética para propósitos de suscripción.
- **Para Recordatorios sobre Beneficios o Atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios para la salud.
- **Para Comunicaciones 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 médica 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 médica 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 víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. 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 médica. 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.

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios para Miembros al **1-866-433-3413**, TTY **711 81**
(Para una crisis de salud mental o consumo de sustancias, presione 8)

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

- **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 fallecimiento, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica 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 médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información de salud que se enumera a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Consumo de alcohol y sustancias.
 2. Información biométrica
 3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/sida
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos recetados
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos su información médica 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 médica a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información médica en ciertas listas de correo promocional. Si nos permite compartir su información médica, 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 médica. 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 médica 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 médica.
- **Recibir un resumen** de la divulgación de su información médica 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 en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhcommunityplan.com).
- **Solicitar que corriamos o modifiquemos** su información médica. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información médica. 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**.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

- **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 notificarle al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). 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 salud 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

Nosotros ² protegemos su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal es información no médica. 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 compartir su información financiera personal con nuestras filiales. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera personal 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.

Parte II: sus beneficios y procedimientos del plan

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 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>.

