



# Le damos la bienvenida a la comunidad

**Programa HealthChoice de Maryland**

Manual para miembros | Agosto de 2023



Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

---

## Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare Community Plan

Estimado miembro:

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan.

En UnitedHealthcare, queremos ayudarle a llevar una vida más saludable. Sus beneficios del programa HealthChoice incluyen servicios médicos, de medicamentos con receta y de la vista para ayudarle a mantenerse saludable. También contamos con una red de más de 9,000 proveedores que le ayudan a obtener la atención que necesita.

El nombre y el número de teléfono del Médico de Cabecera (Primary Care Provider, PCP) asignado se encuentran en la tarjeta de identificación. Si necesita cambiar al Médico de Cabecera, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

El Médico de Cabecera está aquí para ayudarle a apoyar y dirigir la atención. Es importante que visite al Médico de Cabecera cada año para realizarse un chequeo y cuando se enferme. Si el Médico de Cabecera no puede brindarle la atención que necesita, él o ella le referirán a un especialista.

### Si es un miembro nuevo, haga lo siguiente:

- Tómese un tiempo para leer este manual. Infórmese sobre sus beneficios y sobre cómo obtener atención.
- Programe una cita con el Médico de Cabecera asignado para realizarse un chequeo. Pídale al Médico de Cabecera que envíe un referido a cualquier especialista que consulte.
- Revise nuestra **Lista de Medicamentos Preferidos** en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para ver si sus medicamentos están cubiertos. Si no es así, el Médico de Cabecera tendrá que obtener la aprobación antes de su próxima renovación.
- Regístrese en nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). Utilice la herramienta Find-A-Doctor (Buscar a un médico) para localizar proveedores de la red cerca de usted.

Los beneficios están sujetos a cambios, así que revise este manual detenidamente en línea antes de programar una cita y asegúrese de que el Médico de Cabecera que desea ver esté en nuestra red. Si tiene preguntas, Servicio al Cliente está aquí para ayudarle si llama al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

Le damos la bienvenida a la familia de UnitedHealthcare, y gracias por ser miembro de nuestra organización.

Atentamente,

UnitedHealthcare Community Plan de Maryland

# Language Assistance Statement

## Interpreter Services Are Available for Free

Help is available in your language:

**1-800-318-8821, TTY/711**

These services are available for free.

### **Español/Spanish**

Hay ayuda disponible en su idioma: **1-800-318-8821: (TTY: 711)**.

Estos servicios están disponibles de forma gratuita.

### **አማርኛ/Amharic**

እገዛ በቋንቋዎ ማግኘት ይችላሉ:-: **1-800-318-8821 (TTY: 711) :: እነዚህ**

አገልግሎቶች ያለክፍያ የሚገኙ ነጻ ናቸው

### **العربية/Arabic**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-318-8821 (الهاتف النصي: 711)**.

### **中文/Chinese**

用您的语言为您提供帮助: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

### **فارسی/Farsi**

خدمات مترجم همزمان به صورت رایگان در دسترس است. خط تلفن کمک به زبانی که شما صحبت می کنید: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**. این خدمات به صورت رایگان در دسترس هستند.

### **Français/French**

Vous pouvez disposer d'une assistance dans votre langue :

**1-800-318-8821: (TTY : 711)**. Ces services sont disponibles gratuitement.

### **ગુજરાતી/Gujarati**

તમારી ભાષામાં મદદ ઉપલબ્ધ છે: **1-800-318-8821 (ટીટીવાય: (TTY: 711)**.

સેવાઓ મફત ઉપલબ્ધ છે

## **Kreyòl Ayisyen/Haitian Creole**

Gen èd ki disponib nan lang ou: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**.

Sèvis sa yo disponib gratis.

## **Igbo**

E nwere enyemaka dij n'asụsụ gị: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**.

A na-enweta ojije ozi ndị a na-akwughị ugwo ọbụla maka ya.

## **한국어/ Korean**

사용하시는 언어로 지원해드립니다: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**.

무료로 제공 됩니다

## **Português/ Portuguese**

A ajuda está disponível em seu idioma: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**.

Estes serviços são oferecidos de graça.

## **Русский/Russian**

Помощь доступна на вашем языке: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**.

Эти услуги предоставляются бесплатно.

## **Tagalog**

Makakakuha kayo ng tulong sa inyong wika: **1-800-318-8821:**

**(TTY: 711)**. Ang mga serbisyong ito ay libre.

## **Urdu/اردو**

یاد رکھیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ **1-800-318-8821 (TTY: 711)** پر کال کریں۔

## **Tiếng Việt/Vietnamese**

Có hỗ trợ ngôn ngữ của quý vị **1-800-318-8821 (TTY: 711)**. Các dịch

vụ này được cung cấp miễn phí.

## **Yorùbá/Yoruba**

Ìrànlọwọ wà ní àrọwọtó ní èdè rẹ: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**.

Awọn iṣẹ wọnyi wa fun ọfẹ.

## **Bàsò-ò-wùdù-po-nyò /Bassa**

Dè dε nìà kε dyédé gbo: Ǿ jǔ ké m [Bàsò ò -wùdù-po-nyò ] jǔ ní,

nìí, à wuqu kà kò dò po-poò béin m gbo kpáa. **Đá 1-800-318-8821**

**(TTY: 711)**.

# Servicios de interpretación y auxiliares

Los servicios de intérpretes están disponibles para todos los miembros de HealthChoice independientemente de su idioma principal. Los servicios de intérpretes también brindan asistencia a las personas sordas, con dificultades auditivas o que tienen dificultades para hablar.

Para solicitar un intérprete, llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO) al **1-800-318-8821**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con dificultades para hablar pueden utilizar el Servicio de Retransmisión de Maryland (**711**). Las Organizaciones de Atención Administrada deben proporcionar servicios auxiliares sin costo para usted cuando se soliciten. Los servicios auxiliares incluyen dispositivos de asistencia auditiva, material escrito y equipos o dispositivos modificados.

Si necesita servicios de intérpretes para una cita con un proveedor, comuníquese con su consultorio. Es mejor informarles con antelación de una cita para asegurarse de que hay tiempo suficiente para organizar el servicio de intérprete y evitar un retraso en los servicios de atención médica. En algunas situaciones, la Organización de Atención Administrada puede ayudar a facilitar los servicios de intérpretes para las citas con proveedores. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

---

# Índice

<b>1. Descripción general de HealthChoice</b> . . . . .	<b><u>10</u></b>
A. Qué es Medicaid . . . . .	<u>10</u>
B. Qué es HealthChoice . . . . .	<u>10</u>
C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid . . . . .	<u>11</u>
D. Inscripción en HealthChoice o la Organización de Atención Administrada . . . . .	<u>12</u>
E. Proceso de inscripción en HealthChoice . . . . .	<u>14</u>
F. Elegibilidad o cancelación de la inscripción en HealthChoice. . . . .	<u>15</u>
G. Actualización del estado y la información personal. . . . .	<u>16</u>
<b>2. Información importante.</b> . . . . .	<b><u>17</u></b>
A. Información de contacto de los programas Estatales y HealthChoice . . . . .	<u>17</u>
B. Información de contacto del Departamento de Salud Local. . . . .	<u>18</u>
<b>3. Derechos y responsabilidades.</b> . . . . .	<b><u>22</u></b>
A. Como miembro de HealthChoice, usted tiene derecho a lo siguiente: . . . . .	<u>22</u>
B. Como miembro de HealthChoice, usted tiene las siguientes responsabilidades: . . . . .	<u>23</u>
C. Declaración de no discriminación. . . . .	<u>24</u>
D. Aviso de Prácticas de Privacidad . . . . .	<u>25</u>
<b>4. Beneficios y servicios</b> . . . . .	<b><u>27</u></b>
A. Beneficios de HealthChoice . . . . .	<u>27</u>
B. Servicios de autoreferido . . . . .	<u>38</u>
C. Beneficios no ofrecidos por las Organizaciones de Atención Administrada pero sí por el Estado . . . . .	<u>41</u>
D. Servicios adicionales ofrecidos por las Organizaciones de Atención Administrada y NO por el Estado. . . . .	<u>45</u>
E. Beneficios y servicios excluidos no cubiertos por las Organizaciones de Atención Administrada ni el Estado . . . . .	<u>46</u>
F. Cambio de beneficios y ubicaciones de servicio . . . . .	<u>47</u>
<b>5. Información sobre proveedores.</b> . . . . .	<b><u>48</u></b>
A. Qué es un Médico de Cabecera (PCP), un especialista y la atención especializada . . . . .	<u>48</u>
B. Seleccionar o cambiar proveedores . . . . .	<u>48</u>
C. Rescisión del contrato de un proveedor. . . . .	<u>49</u>

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**. 7

<b>6. Recibir atención</b>	<b><u>50</u></b>
A. Programar o cancelar una cita	<u>50</u>
B. Referido a un especialista o la atención especializada.	<u>50</u>
C. Atención fuera del horario regular, de urgencia y en sala de emergencias	<u>51</u>
D. Cobertura fuera del área de servicio	<u>53</u>
E. Atención de bienestar para niños: Programa Healthy Kids o Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT).	<u>53</u>
F. Atención de bienestar para adultos	<u>56</u>
G. Administración de casos	<u>58</u>
H. Atención de las miembros durante el embarazo y un año después del parto	<u>58</u>
I. Planificación familiar (métodos anticonceptivos)	<u>59</u>
J. Atención odontológica	<u>59</u>
K. Atención de la vista	<u>60</u>
L. Educación sobre la salud/servicios de difusión	<u>60</u>
M. Servicios de salud conductual	<u>61</u>
<b>7. Servicios especiales</b>	<b><u>62</u></b>
A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales	<u>62</u>
B. Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM)	<u>66</u>
<b>8. Administración de la utilización</b>	<b><u>67</u></b>
A. Necesidad médica	<u>67</u>
B. Autorización previa o aprobación previa	<u>67</u>
C. Aviso de continuidad de la atención	<u>68</u>
D. Coordinación de beneficios: Qué hacer si tiene otro seguro	<u>71</u>
E. Servicios fuera de la red.	<u>71</u>
F. Lista de medicamentos preferidos.	<u>72</u>
G. Nueva tecnología y Telesalud.	<u>72</u>
<b>9. Facturación.</b>	<b><u>73</u></b>
A. Explicación de beneficios o avisos de denegación de pago.	<u>73</u>
B. Qué hacer si recibe una factura	<u>73</u>



---

<b>10. Reclamaciones, quejas y apelaciones</b> . . . . .	<b><u>74</u></b>
A. Determinación adversa de beneficios, reclamaciones y quejas . . . . .	<u>74</u>
B. Apelaciones . . . . .	<u>75</u>
C. Cómo presentar una reclamación, queja o apelación . . . . .	<u>76</u>
D. Proceso de reclamación o apelación del Estado. . . . .	<u>77</u>
E. Resoluciones de apelación revertidas . . . . .	<u>78</u>
F. Hacer sugerencias para cambios en políticas y procedimientos . . . . .	<u>79</u>
<b>11. Cambiar su Organización de Atención Administrada</b> . . . . .	<b><u>80</u></b>
A. Reglas de 90 días . . . . .	<u>80</u>
B. Una vez cada 12 meses . . . . .	<u>80</u>
C. Cuándo hay un motivo aprobado para cambiar de Organización de Atención Administrada . . . . .	<u>80</u>
D. Cómo cambiar su Organización de Atención Administrada . . . . .	<u>81</u>
<b>12. Informar hechos de fraude, malgasto y abuso.</b> . . . . .	<b><u>82</u></b>
A. Tipos de fraude, malgasto y abuso . . . . .	<u>82</u>
B. Cómo informar de fraude, malgasto y abuso . . . . .	<u>83</u>
<b>Anexo A: Información de contacto de la Organización de Atención Administrada</b> . . . . .	<b><u>84</u></b>
<b>Anexo B: Aviso de Prácticas de Privacidad.</b> . . . . .	<b><u>85</u></b>
<b>Anexo C: Servicios adicionales ofrecidos por UnitedHealthcare Community Plan</b> . . . . .	<b><u>92</u></b>
<b>Anexo CI: Beneficios en pocas palabras</b> . . . . .	<b><u>94</u></b>
<b>Anexo CII: Requisitos adicionales del plan</b> . . . . .	<b><u>98</u></b>
<b>Anexo D: Atención de miembros embarazadas</b> . . . . .	<b><u>102</u></b>
<b>Anexo E: Programas de educación sobre la salud</b> . . . . .	<b><u>103</u></b>
<b>Anexo F: Procedimiento interno de reclamaciones o apelaciones de UnitedHealthcare Community Plan</b> . . . . .	<b><u>104</u></b>
<b>Anexo G: Directrices Anticipadas</b> . . . . .	<b><u>106</u></b>

# 1. Descripción general de HealthChoice

---

## A. Qué es Medicaid

Medicaid, también llamado Asistencia Médica, es un programa de seguro de salud (cobertura de gastos incurridos por servicios de salud) administrado por cada estado junto con el gobierno federal. El Programa de Salud Infantil de Maryland (Maryland Children's Health Program, MCHP), una sucursal de Medicaid, ofrece seguro de salud a niños de hasta 19 años. Medicaid proporciona cobertura para:

- familias con bajos ingresos,
- miembros embarazadas de bajos ingresos,
- hijos con ingresos bajos; es posible que las familias con ingresos más altos tengan que pagar una prima (cargo mensual),
- adultos con ingresos bajos, y
- personas con bajos ingresos que presentan discapacidades.

## B. Qué es HealthChoice

HealthChoice es el programa de Atención Administrada de Medicaid de Maryland. El Programa HealthChoice proporciona atención de la salud a la mayoría de los participantes de Medicaid de Maryland. Los miembros de HealthChoice deben inscribirse en una Organización de Atención Administrada (MCO). Los miembros pueden elegir su Organización de Atención Administrada (también conocido como plan) así como un Médico de Cabecera (PCP). Un Médico de Cabecera puede ser un médico, asistente médico o personal de enfermería practicante. El Médico de Cabecera supervisará y coordinará su atención médica. Algunos beneficiarios de Medicaid no son elegibles para HealthChoice. Recibirán sus beneficios de atención de la salud a través del sistema de cargo por servicio de Medicaid.

Las Organizaciones de Atención Administrada son organizaciones de atención de la salud que proporcionan beneficios a los beneficiarios de Medicaid en Maryland. Los beneficios de atención de la salud general incluyen (consulte las páginas 27 a 37 para obtener una lista completa de los beneficios de HealthChoice):

## 1. Descripción general de HealthChoice

---

- **Servicios Médicos:** servicios proporcionados por una persona con licencia para proporcionar atención de la salud a pacientes hospitalizados o ambulatorios
- **Servicios Hospitalarios:** servicios proporcionados por instalaciones con licencia para proporcionar beneficios a pacientes hospitalizados o ambulatorios
- **Servicios de Farmacia:** servicios para proporcionar medicamentos con receta y suministros médicos

Las Organizaciones de Atención Administrada contratan a un grupo de profesionales de atención médica (proveedores) con licencia o certificados para proporcionar servicios cubiertos a los inscritos; se denomina red. Las Organizaciones de Atención Administrada son responsables de proporcionar u organizar el rango completo de servicios de atención de la salud cubiertos por el programa HealthChoice. Existen algunos beneficios que su Organización de Atención Administrada no está obligada a cubrir, pero el Estado cubrirá.

Los beneficios de HealthChoice se limitan a los residentes de Maryland y generalmente corresponden a los servicios prestados en el Estado de Maryland. Los beneficios no son transferibles a otros estados. En algunos casos, la Organización de Atención Administrada puede permitirle obtener servicios en un estado cercano si el proveedor está más cerca y en la red de la Organización de Atención Administrada.

## C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid

Para mantener HealthChoice, debe tener Medicaid. La mayoría de las personas deben volver a presentar su solicitud una vez al año. Recibirá un aviso cuando sea el momento de renovar. El Estado puede renovar automáticamente a algunas personas. Recibirá un aviso donde se le informará lo que se requiere. Si pierde la cobertura de Medicaid, el Estado lo eliminará automáticamente de HealthChoice. Existen varias formas de renovar la cobertura de Medicaid:

- **Maryland Health Connection**
  - Personas elegibles para solicitar o renovar a través de Maryland Health Connection:
    - adultos menores de 65 años;
    - padre/madre o parientes cuidadores;
    - miembros embarazadas; y
    - hijos y niños que anteriormente estuvieron en cuidado tutelar.
  - En línea: [www.marylandhealthconnection.gov](http://www.marylandhealthconnection.gov)
  - Llamada: **1-855-642-8572** (TTY **1-855-642-8573**)
- **myDHR**
  - Personas elegibles para solicitar o renovar a través de myDHR:

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) 11  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## 1. Descripción general de HealthChoice

---

- personas de edad avanzada, ciegas o con discapacidades (Aged, blind, or disabled, ABD);
  - niños que están en cuidado tutelar o en el sistema de justicia juvenil para niños;
  - personas que reciben el Ingreso de Seguro Suplementario (Supplemental Security Income, SSI); y
  - beneficiarios de Medicare Calificados (Qualified Medicare Beneficiaries, QMB) o Beneficiarios de Medicare con Bajos Ingresos Especificados (Specified Low-income Medicare Beneficiaries, SLMB).
- En línea: <https://mydhrbenefits.dhr.state.md.us>
- **Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) o Departamento de Salud Local (Local Health Department, LHD)**
    - Todas las personas pueden presentar una solicitud
    - Para conectarse con el Departamento de Servicios Sociales, llame al **1-800-332-6347**
    - Para conectarse con un Departamento de Salud Local, consulte la página 18

## D. Inscripción en HealthChoice o la Organización de Atención Administrada

Si recibió este Manual para Miembros de la Organización de Atención Administrada, se inscribió correctamente en HealthChoice. El Estado le envió un paquete de inscripción donde se le explica cómo seleccionar una Organización de Atención Administrada. Si no eligió una Organización de Atención Administrada, el Estado le asignó automáticamente una Organización de Atención Administrada en su área. Demora entre 10 y 15 días desde que elige o se le asigna automáticamente hasta que se inscribe en HealthChoice. Hasta entonces, podría usar la tarjeta roja y blanca de Medicaid del Estado.

Ahora debe utilizar su tarjeta de identificación de la Organización de Atención Administrada cuando le presten servicios. Si la Organización de Atención Administrada le asignó un número diferente, su identificación de Medicaid también será la tarjeta de identificación de miembro de la Organización de Atención Administrada. El número de teléfono de Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada y la Línea de Ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**) se encuentran en su tarjeta. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes. Si no recibió su tarjeta de identificación de miembro de la Organización de Atención Administrada o si la tarjeta se extravió, llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

La comunicación es clave para garantizar que se satisfagan sus necesidades de atención de la

- 12 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## 1. Descripción general de HealthChoice

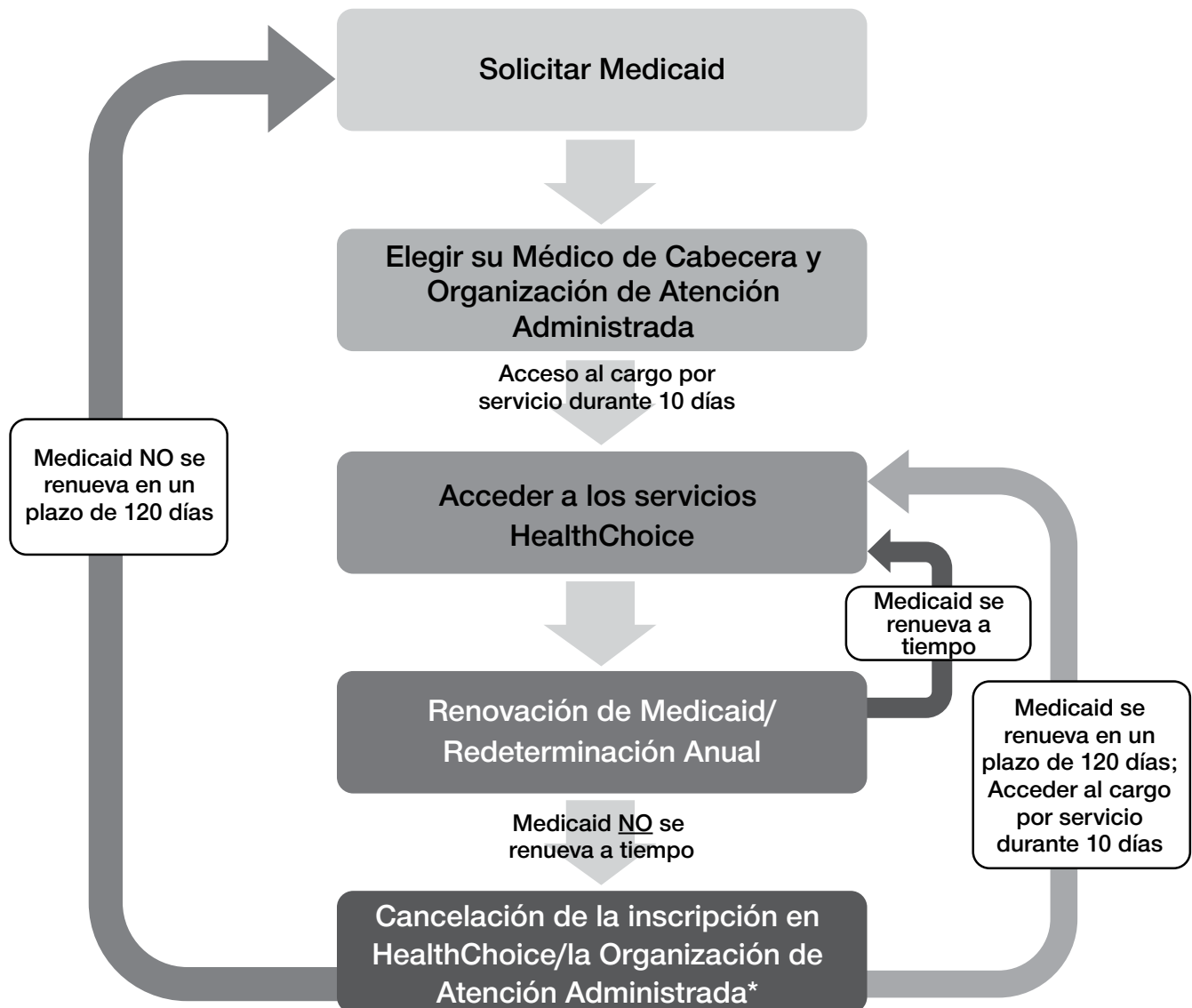
---

salud. Ayudar a la Organización de Atención Administrada para que le preste un mejor servicio a usted. Si se inscribió por teléfono o en línea, se le pidió que completara el formulario de Información sobre Necesidades del Servicio de Salud. Esta información ayuda a la Organización de Atención Administrada a determinar qué tipos de servicios puede necesitar y con qué rapidez los necesita. Si el formulario no se completa, haremos todo lo posible por comunicarnos con usted para saber cuáles son sus necesidades.

La Organización de Atención Administrada le ayudará a recibir la atención y los servicios que necesita. Si mantuvo el mismo Médico de Cabecera pero pasaron tres meses desde la última cita, llame para ver cuándo debe acudir a una visita de bienestar. Si seleccionó un nuevo Médico de Cabecera, programe una cita ahora mismo. Es importante que conozca a su Médico de Cabecera. Le ayudará a coordinar su atención y servicios. Le ayudará a coordinar su atención y servicios. La Organización de Atención Administrada le ayudará a recibir la atención y los servicios que necesita.

## 1. Descripción general de HealthChoice

### E. Proceso de inscripción en HealthChoice



\* El Estado cancelará su inscripción en HealthChoice y en la Organización de Atención Administrada cuando **no** renueve la cobertura de Medicaid de manera oportuna.

### F. Elegibilidad o cancelación de la inscripción en HealthChoice

Permanecerá inscrito en el Programa HealthChoice y en la Organización de Atención Administrada a menos que no renueve o ya no sea elegible para Medicaid. Si se cancela la cobertura de Medicaid, el Estado cancelará automáticamente su inscripción en la Organización de Atención Administrada.

Incluso si aún califica para la cobertura de Medicaid, hay otras situaciones que harán que el Estado cancele su cobertura de la Organización de Atención Administrada, entre ellas:

- cumple 65 años; independientemente de si se inscribe en Medicare,
- se inscribe en Medicare antes de los 65 años debido a una discapacidad,
- está en un Centro de Enfermería durante más de 90 días o pierde la cobertura de Medicaid mientras está en el Centro de Enfermería,
- califica para la Atención a Largo Plazo,
- es admitido en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales,
- lo encarcelan (un juez le condena a prisión o cárcel), o
- se muda a un estado diferente.

Si pierde la elegibilidad para Medicaid, pero recupera la cobertura dentro de los 120 días, el Estado le volverá a inscribir con la misma Organización de Atención Administrada. Sin embargo, su inscripción en la Organización de Atención Administrada tardará 10 días en entrar en vigor. Hasta entonces, puede usar la tarjeta roja y blanca de Medicaid si el proveedor la acepta.

Asegúrese siempre de que el proveedor acepte su seguro; de lo contrario, usted podría ser responsable de la factura. Recuerde también que Medicaid y HealthChoice son programas administrados por el Estado. No son como el programa federal de Medicare para personas de edad avanzada y con discapacidades. HealthChoice solo es aceptado en Maryland y por proveedores en estados cercanos cuando forman parte de la red de la Organización de Atención Administrada o cuando su atención es administrada por la Organización de Atención Administrada. Incluso cuando una compañía de seguros nacional opera una Organización de Atención Administrada de Maryland, esta solo está obligada a cubrir los servicios de emergencia cuando usted se encuentra fuera del Estado.

## 1. Descripción general de HealthChoice

---

# G. Actualización del estado y la información personal

Debe notificar al Estado (donde solicitó Medicaid, por ejemplo, Maryland Health Connection, Departamento de Servicios Sociales local o myDHR, Departamento de Salud Local) cualquier cambio en su estado o si se necesitan correcciones. También debe mantener informada a la Organización de Atención Administrada sobre dónde vive y cómo comunicarse con usted. Notifique al Estado cuando:

- Cambia la dirección postal. **Si su dirección postal es diferente de donde vive, también necesitamos saber dónde vive.**
- Se muda. **Recuerde que debe ser residente de Maryland.**
- Debe cambiar o corregir su nombre, fecha de nacimiento o número de seguro social
- Sus ingresos aumentan
- Se casa o se divorcia
- Tiene un bebé, adopta un niño o lo coloca en adopción o en cuidado tutelar
- Gana o pierde un dependiente de impuestos
- Obtiene o pierde otro seguro de salud
- Cambia su estado de discapacidad
- Está involucrado en un accidente o sufre una lesión, y otro seguro o persona pueden ser responsables



## 2. Información importante

### A. Información de contacto de los programas Estatales y HealthChoice

Información útil	Número de teléfono	Sitio web
Inscripción en <b>HealthChoice</b>	855-642-8572 TDD (para personas con problemas de audición) 800-977-7389	<a href="https://www.marylandhealthconnection.gov/">https://www.marylandhealthconnection.gov/</a>
Preguntas generales sobre <b>HealthChoice</b>	410-767-5800 (local) 800-492-5231 (resto del estado) TDD (para personas con problemas de audición) 800-735-2258	<a href="https://health.maryland.gov/mmcp/healthchoice/pages/home.aspx">https://health.maryland.gov/mmcp/healthchoice/pages/home.aspx</a>
Línea de Ayuda de <b>HealthChoice</b> : para problemas y reclamaciones sobre el acceso, el proceso de inscripción y la calidad de la atención.	800-284-4510	
Miembros embarazadas y planificación familiar	800-456-8900	
Healthy Kids, Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT)	410-767-1903	<a href="https://mmcp.health.maryland.gov/EPSDT/Pages/Home.aspx">https://mmcp.health.maryland.gov/EPSDT/Pages/Home.aspx</a>
Programa Healthy Smiles Dental	855-934-9812	<a href="https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/maryland-healthy-smiles-dental-program.aspx">https://health.maryland.gov/mmcp/Pages/maryland-healthy-smiles-dental-program.aspx</a>

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) 17  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY 711.

## 2. Información importante

Información útil	Número de teléfono	Sitio web
Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (Rare and Expensive Case Management Program, REM): para preguntas sobre referidos, elegibilidad, quejas, servicios	800-565-8190	<a href="https://health.maryland.gov/mmcp/longtermcare/Pages/REM-Program.aspx">https://health.maryland.gov/mmcp/longtermcare/Pages/REM-Program.aspx</a>
Salud mental y trastornos por consumo de sustancias: para referidos, información del proveedor, quejas, autorización previa	800-888-1965	<a href="https://health.maryland.gov/bha/Pages/HELP.aspx">https://health.maryland.gov/bha/Pages/HELP.aspx</a>
Centro de Apoyo al Consumidor de Maryland Health Connection	855-642-8572 TDD (para personas con problemas de audición) 855-642-8573	<a href="http://www.marylandhealthconnection.gov">www.marylandhealthconnection.gov</a>

## B. Información de contacto del Departamento de Salud Local

Condado	Número de teléfono principal	Número de teléfono de transporte	Número de teléfono de la Unidad de Coordinación de Atención Administrativa (Administrative Care Coordination Unit, ACCU)	Sitio web
Allegany	301-759-5000	301-759-5123	301-759-5094	<a href="https://health.maryland.gov/allegany">https://health.maryland.gov/allegany</a>
Anne Arundel	410-222-7095	410-222-7152	410-222-7541	<a href="http://www.aahealth.org/">http://www.aahealth.org/</a>

18 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## 2. Información importante

Condado	Número de teléfono principal	Número de teléfono de transporte	Número de teléfono de la Unidad de Coordinación de Atención Administrativa (Administrative Care Coordination Unit, ACCU)	Sitio web
Ciudad de Baltimore	410-396-4398	410-396-7633	410-640-5000	<a href="http://health.baltimorecity.gov/">http://health.baltimorecity.gov/</a>
Condado de Baltimore	410-887-2243	410-887-2828	410-887-8741	<a href="http://www.baltimorecountymd.gov/agencies/health">http://www.baltimorecountymd.gov/agencies/health</a>
Calvert	410-535-5400 410-269-1051 301-855-1353	410-414-2489	410-535-5400, interno 360	<a href="http://www.calverthealth.org/">http://www.calverthealth.org/</a>
Caroline	410-479-8030	410-479-8014	410-479-8189	<a href="http://dhmh.maryland.gov/carolinecounty">http://dhmh.maryland.gov/carolinecounty</a>
Carroll	410-876-2152 800-966-3877	410-876-4813	410-876-4941	<a href="http://cchd.maryland.gov/">http://cchd.maryland.gov/</a>
Cecil	410-996-5550	410-996-5171	410-996-5130	<a href="http://www.cecilcountyhealth.org">http://www.cecilcountyhealth.org</a>
Charles	301-609-6900	301-609-6923	301-609-6760	<a href="http://www.charlescountyhealth.org/">http://www.charlescountyhealth.org/</a>
Dorchester	410-228-3223	410-901-2426	410-901-8167	<a href="http://www.dorchesterhealth.org/">http://www.dorchesterhealth.org/</a>

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) 19  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY 711.

## 2. Información importante

Condado	Número de teléfono principal	Número de teléfono de transporte	Número de teléfono de la Unidad de Coordinación de Atención Administrativa (Administrative Care Coordination Unit, ACCU)	Sitio web
Frederick	301-600-1029	301-600-3124	301-600-3124	<a href="http://health.frederickcountymd.gov/">http://health.frederickcountymd.gov/</a>
Garrett	301-334-7777	301-334-7727	301-334-7771	<a href="http://garrettthealth.org/">http://garrettthealth.org/</a>
Harford	410-838-1500	410-638-1671	410-942-7999	<a href="http://harfordcountyhealth.com/">http://harfordcountyhealth.com/</a>
Howard	410-313-6300	877-312-6571	410-313-7323	<a href="https://www.howardcountymd.gov/Departments/Health">https://www.howardcountymd.gov/Departments/Health</a>
Kent	410-778-1350	410-778-7025	410-778-7035	<a href="http://kenthd.org/">http://kenthd.org/</a>
Montgomery	311 o 240-777-0311	240-777-5899	240-777-1635	<a href="http://www.montgomerycountymd.gov/hhs/">http://www.montgomerycountymd.gov/hhs/</a>
Prince George's	301-883-7879	301-856-9555	301-856-9550	<a href="http://www.princegeorgescountymd.gov/1588/Health-Services">http://www.princegeorgescountymd.gov/1588/Health-Services</a>
Queen Anne's	410-758-0720	443-262-4462	443-262-4456	<a href="http://www.qahealth.org/">www.qahealth.org/</a>
St. Mary's	301-475-4330	301-475-4296	301-475-4330	<a href="http://www.smchd.org/">http://www.smchd.org/</a>

20 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## 2. Información importante

Condado	Número de teléfono principal	Número de teléfono de transporte	Número de teléfono de la Unidad de Coordinación de Atención Administrativa (Administrative Care Coordination Unit, ACCU)	Sitio web
Somerset	443-523-1700	443-523-1722	443-523-1758	<a href="http://somersethealth.org/">http://somersethealth.org/</a>
Talbot	410-819-5600	410-819-5609	410-819-5600	<a href="http://talbothealth.org">http://talbothealth.org</a>
Washington	240-313-3200	240-313-3264	240-313-3229	<a href="http://dhmh.maryland.gov/washhealth">http://dhmh.maryland.gov/washhealth</a>
Wicomico	410-749-1244	410-548-5142, opción 1	410-543-6942	<a href="https://www.wicomicohealth.org/">https://www.wicomicohealth.org/</a>
Worcester	410-632-1100	410-632-0092	410-629-0614	<a href="http://www.worcesterhealth.org/">http://www.worcesterhealth.org/</a>

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) 21  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY 711.

# 3. Derechos y responsabilidades

---

## A. Como miembro de HealthChoice, usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir atención de la salud y servicios que sean culturalmente competentes y libres de discriminación.
- Ser tratado con respeto por su dignidad y privacidad.
- Recibir información, incluida información sobre opciones de tratamiento y alternativas, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, de una manera que pueda comprender.
- Participar en decisiones relacionadas con su atención de la salud, incluido el derecho de rehusarse a recibir tratamiento.
- Estar libres de toda restricción o aislamiento usado como medida coercitiva, disciplinaria, de conveniencia o como represalia.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que se enmienden o corrijan, según lo permitido.
- Solicitar copias sin cargo de todos los documentos, registros y otra información, que se utilizaron en una determinación adversa de beneficios.
- Ejercer sus derechos, y que el ejercicio de dichos derechos no afecte negativamente la forma en que las Organizaciones de Atención Administrada (MCO), sus proveedores o el Departamento de Salud de Maryland le tratan.
- Presentar apelaciones y quejas ante una Organización de Atención Administrada.
- Presentar apelaciones, quejas y audiencias imparciales Estatales ante el Estado.
- Solicitar que se sigan prestando los beneficios continuos durante una apelación o audiencia imparcial estatal; sin embargo, es posible que tenga que pagar por los beneficios continuos si la decisión se confirma en la apelación o la audiencia.
- Recibir una segunda opinión de otro médico dentro de la misma Organización de Atención Administrada, o de un proveedor fuera de la red si el proveedor no está disponible dentro de la Organización de Atención Administrada, si no está de acuerdo con la opinión de su médico sobre los servicios que necesita. Comuníquese con su Organización de Atención Administrada para obtener ayuda con esto.
- Recibir otra información sobre cómo se administra la Organización de Atención Administrada, lo que incluye la estructura y el funcionamiento de la Organización de Atención Administrada,

así como los planes de incentivos para médicos. Puede solicitar esta información si llama a su Organización de Atención Administrada.

- Recibir información sobre la organización, sus servicios, profesionales y proveedores, y los derechos y las responsabilidades de los miembros.
- Efectuar recomendaciones acerca de la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

## **B. Como miembro de HealthChoice, usted tiene las siguientes responsabilidades:**

- Informar a su proveedor y la Organización de Atención Administrada si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud.
- Tratar al personal de HealthChoice, el personal, los proveedores de atención médica y el personal de la Organización de Atención Administrada, con respeto y dignidad.
- Llegar a tiempo a las citas e informar a los proveedores lo antes posible si necesita cancelar una cita.
- Mostrar la tarjeta de membresía cuando se registre para cada cita. No permitir que nadie más utilice su tarjeta de Medicaid o de la Organización de Atención Administrada. Informar a la Organización de Atención Administrada la pérdida o el robo de tarjetas de identificación de miembro.
- Llamar a su Organización de Atención Administrada si tiene un problema o una reclamación.
- Trabajar con su Médico de Cabecera (PCP) para crear y seguir un plan de atención que usted y su PCP acuerden.
- Hacer preguntas sobre su atención e informar al proveedor si hay algo que no entiende.
- Comprender sus problemas de salud y trabajar con su proveedor para crear objetivos de tratamiento acordados mutuamente que usted seguirá.
- Actualizar el Estado si hubo un cambio en su estado.
- Proporcionar a la Organización de Atención Administrada y a los proveedores información precisa sobre la salud para que proporcione la atención adecuada.
- Usar el departamento de emergencias para emergencias solamente.
- Llamar al Médico de Cabecera tan pronto como pueda después de recibir la atención de emergencia.
- Informar a los cuidadores sobre cualquier cambio en su Directriz Anticipada.

### 3. Derechos y responsabilidades

---

## C. Declaración de no discriminación

Es política de las Organizaciones de Atención Administrada de HealthChoice no discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad ni discapacidad. Las Organizaciones de Atención Administrada adoptaron procedimientos internos de quejas que permiten una resolución pronta y equitativa de las reclamaciones que aleguen actos prohibidos por el artículo 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act) (artículo 18116, título 42, del Código de los Estados Unidos [United States Code, U.S.C.]) y sus reglamentaciones de implementación en el título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), parte 92, emitido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. El artículo 1557 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en determinados programas y actividades de salud. El artículo 1557 y sus reglamentaciones de implementación podrán examinarse en la oficina del coordinador de no discriminación de la Organización de Atención Administrada que fue designado para coordinar los esfuerzos de cada Organización de Atención Administrada para cumplir con el artículo 1557.

Cualquier persona que crea que alguien ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad puede presentar una queja en virtud de este procedimiento. Está prohibido por ley que una Organización de Atención Administrada tome represalias contra cualquier persona que se oponga a la discriminación, presente una queja o participe en la investigación de una queja.

Puede enviar una reclamación a:

Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130  
[UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

#### Procedimiento:

- Las quejas deben presentarse ante el Coordinador del Artículo 1557 en el plazo de (60 días) desde la fecha en que la persona que presenta la queja toma conocimiento del supuesto acto discriminatorio.
- La reclamación debe hacerse por escrito, y debe contener el nombre y la dirección de la persona que la presenta. La reclamación debe indicar el problema o acto que se alega que es discriminatorio, y la reparación o el desagravio deseados.
- El Coordinador del Artículo 1557 (o la persona que designe) llevará a cabo una investigación de la reclamación. Esta investigación puede ser informal, pero será exhaustiva, y brindará a todas las personas interesadas la oportunidad de presentar evidencia relevante para la reclamación. Los Coordinadores del Artículo 1557 conservarán los archivos y registros relativos a dichas

24 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan)  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.



### 3. Derechos y responsabilidades

---

quejas. En la medida de lo posible, y de acuerdo con la legislación aplicable, los Coordinadores del Artículo 1557 adoptarán las medidas adecuadas para preservar la confidencialidad de los archivos y registros relativos a las quejas, y los compartirán solamente con quienes necesiten conocerlos.

- Los Coordinadores del Artículo 1557 dictarán una decisión sobre la queja por escrito, con base en la preponderancia de la evidencia, a más tardar, 30 días después de su presentación, que incluirá un aviso al denunciante de su derecho de promover otros recursos administrativos o jurídicos.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de quejas no impide que la persona promueva otros recursos jurídicos o administrativos, incluidos presentar una reclamación por discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad ante un tribunal o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Las personas pueden presentar una reclamación por discriminación de forma electrónica a través del Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono al:

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

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

Los formularios de reclamaciones están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>. Dichas reclamaciones deben presentarse en el plazo de 180 días desde la fecha de la supuesta discriminación.

UnitedHealthcare Community Plan adoptará las medidas adecuadas para asegurar que a las personas con discapacidades y a las personas con dominio limitado del inglés se les proporcionen ayudas y servicios auxiliares, o servicios de asistencia con el idioma, respectivamente, si los necesitan para participar en este procedimiento de quejas. Dichas medidas pueden incluir, entre otras, proporcionar intérpretes calificados, proveer cintas de audio de material para las personas con visión reducida o asegurar que los procedimientos se lleven a cabo en un lugar libre de barreras. El Coordinador del Artículo 1557 será responsable de dichas medidas.

## D. Aviso de Prácticas de Privacidad

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) exige que las Organizaciones de Atención Administrada y los proveedores informen sus prácticas de privacidad a los miembros. El Aviso de Prácticas de Privacidad informa a los miembros acerca de los derechos de privacidad, así como el acceso y

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) 25  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

### 3. Derechos y responsabilidades

---

divulgación de su información médica protegida (protected health information, PHI). Algunos ejemplos de información médica protegida incluyen registros médicos, reclamaciones o facturación médica y registros de planes de salud. Si cree que se incumplieron sus derechos de privacidad, puede presentar una reclamación ante su proveedor, la Organización de Atención Administrada o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Para presentar una reclamación, consulte la información de contacto a continuación:

- Proveedor: llame al consultorio de su proveedor.
- Organización de Atención Administrada: llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.
- U.S. Department of Health and Human Services
  - En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
  - Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)
  - Por escrito:  
Centralized Case Management Operations  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201

Consulte el **Anexo B** para ver el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Organización de Atención Administrada.

# 4. Beneficios y servicios

## A. Beneficios de HealthChoice

La tabla a continuación establece los beneficios básicos que todas las Organizaciones de Atención Administrada deben ofrecer a los miembros de HealthChoice. Revise la tabla detenidamente, ya que algunos beneficios tienen límites, es posible que deba tener una determinada edad o un determinado tipo de problema. A excepción de los copagos de farmacia (cargo que paga el miembro por un servicio de atención de la salud), nunca se le debería cobrar por ninguno de estos servicios de atención de la salud. Su Médico de Cabecera le ayudará a coordinar estos beneficios para satisfacer mejor sus necesidades de atención de la salud. Recibirá la mayoría de estos beneficios por parte de los proveedores que participan en la red de la Organización de Atención Administrada (proveedor participante) o es posible que necesite un referido para acceder a ellos. Existen algunos servicios y beneficios que puede recibir por parte de proveedores que no participan con su Organización de Atención Administrada (proveedor no participante) y que no requieren un referido. Estos servicios se conocen como servicios de autoreferido.

Las Organizaciones de Atención Administrada pueden eximir los copagos de farmacia y ofrecer beneficios adicionales, como exámenes de la vista más frecuentes (consulte el **Anexo C**). Estos se denominan beneficios opcionales y pueden cambiar de un año a otro. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

Beneficio	De qué se trata	Quién puede recibir este beneficio	Lo que <u>no</u> recibe con este beneficio
Servicios de Atención Primaria	Estos son todos los servicios de salud básicos que necesita para satisfacer sus necesidades de salud generales y, por lo general, los proporciona su Médico de Cabecera (PCP). Un Médico de Cabecera puede ser un médico, personal de enfermería practicante y avanzado o asistente médico.	Todos los miembros.	

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) 27  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## 4. Beneficios y servicios

<b>Beneficio</b>	<b>De qué se trata</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que <u>no</u> recibe con este beneficio</b>
<b>Servicios de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT) para Niños</b>	Chequeos regulares de bienestar del niño, inmunizaciones (vacunas), exámenes de desarrollo y consejos de bienestar. Estos servicios proporcionan todo lo necesario para atender a los niños enfermos y mantener saludables a los niños sanos.	Menores de 21 años.	
<b>Servicios Relacionados con el Embarazo</b>	Atención médica durante el embarazo y después de él, incluidas hospitalizaciones, apoyo de doula y, cuando sea necesario, visitas en el hogar después del parto.	Miembros embarazadas y durante un año después del nacimiento.	
<b>Planificación Familiar</b>	La planificación familiar incluye visitas al consultorio, análisis de laboratorio, píldoras y dispositivos anticonceptivos (incluidos preservativos de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia, sin la receta de un médico) y esterilizaciones permanentes.	Todos los miembros.	

## 4. Beneficios y servicios

Beneficio	De qué se trata	Quién puede recibir este beneficio	Lo que <u>no</u> recibe con este beneficio
<b>Servicios Primarios de Salud Mental</b>	<p>Los servicios de salud mental primarios son servicios básicos de salud mental proporcionados por su Médico de Cabecera u otro proveedor de la Organización de Atención Administrada. Si se necesitan más que solo servicios básicos de salud mental, su Médico de Cabecera lo referirá o puede llamar al Sistema Público de la Salud Conductual al <b>1-800-888-1965</b> para recibir servicios especializados de salud mental.</p>	<p>Todos los miembros.</p>	<p>No recibe servicios especializados de salud mental por parte de la Organización de Atención Administrada. Para el tratamiento de problemas emocionales graves, su Médico de Cabecera o especialista le referirá o puede llamar al Sistema Público de la Salud Conductual al <b>1-800-888-1965</b>.</p>
<b>Servicios Odontológicos</b>	<p>El Programa Maryland Healthy Smiles Dental cubre un amplio rango de servicios odontológicos que incluyen chequeos regulares, limpieza dental, tratamientos con flúor, radiografías, empastes, conductos radiculares, coronas, extracciones y anestesia. Para encontrar un dentista, reemplazar una identificación de miembro o un manual, o para obtener más información sobre los servicios cubiertos, llame a Servicio al Cliente de Maryland Healthy Smiles al 1-855-934-9812.</p>	<p>Todos los miembros.</p>	

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) 29 o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY 711.

## 4. Beneficios y servicios

<b>Beneficio</b>	<b>De qué se trata</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que <u>no</u> recibe con este beneficio</b>
<b>Cobertura de Medicamentos con Receta (Servicios de Farmacia)</b>	<p>La cobertura de medicamentos con receta incluye medicamentos con receta (medicamentos dispensados solo con receta de un médico autorizado que emite recetas), insulina, agujas y jeringas, píldoras y dispositivos anticonceptivos, aspirina recubierta para la artritis, comprimidos de hierro (sulfato ferroso) y vitaminas masticables para niños menores de 12 años. Puede obtener preservativos de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia sin la receta de un médico.</p>	<p>Todos los miembros.</p> <p>No hay copagos para niños menores de 21 años, miembros embarazadas, personas en un centro de enfermería o centro de cuidados paliativos, indígenas estadounidenses ni para métodos anticonceptivos.</p>	
<b>Servicios de Especialistas</b>	<p>Servicios de atención de la salud proporcionados por médicos especialmente capacitados, personal de enfermería practicante y avanzado o asistentes médicos. Es posible que necesite un referido de su Médico de Cabecera antes de poder ver a un especialista.</p>	<p>Todos los miembros.</p>	
<b>Servicios de Laboratorio y Diagnóstico</b>	<p>Análisis de laboratorio y radiografías para ayudar a averiguar la causa de una enfermedad.</p>	<p>Todos los miembros.</p>	

## 4. Beneficios y servicios

<b>Beneficio</b>	<b>De qué se trata</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que <u>no</u> recibe con este beneficio</b>
Atención de la Salud en el Hogar	Servicios de atención de la salud recibidos en el hogar que incluyen atención de enfermería y asistencia médica domiciliaria.	Aquellos que necesitan atención de enfermería especializada (atención proporcionada por o bajo la supervisión de personal de enfermería registrado) en el hogar, generalmente después de estar en un hospital.	Sin servicios de atención personal (ayuda con la vida diaria).

## 4. Beneficios y servicios

Beneficio	De qué se trata	Quién puede recibir este beneficio	Lo que <u>no</u> recibe con este beneficio
Administración de Casos	Se puede asignar un administrador de casos para ayudarle a planificar y recibir servicios de atención de la salud. El administrador de casos también realiza un seguimiento de los servicios necesarios y los que se proporcionaron. Debe comunicarse con su administrador de casos para recibir una administración eficaz de su caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Niños con necesidades especiales de atención de la salud.</li> <li>(2) Miembros embarazadas y posparto.</li> <li>(3) Personas con VIH/sida.</li> <li>(4) Personas sin hogar.</li> <li>(5) Personas con discapacidades físicas y de desarrollo.</li> <li>(6) Niños que reciben atención supervisada por el Estado.</li> <li>(7) Administración de casos proporcionada por la Organización de Atención Administrada para otros miembros según sea necesario.</li> </ul>	
Atención para la Diabetes	Servicios especiales, equipos médicos y suministros para miembros con diabetes.	Miembros a los que se les diagnosticó diabetes.	



## 4. Beneficios y servicios

Beneficio	De qué se trata	Quién puede recibir este beneficio	Lo que <u>no</u> recibe con este beneficio
Programa Diabetes Prevention Program	Un programa para prevenir la diabetes en miembros que están en riesgo.	Miembros de 18 a 64 años con sobrepeso y niveles elevados de glucosa en sangre o antecedentes de diabetes durante el embarazo.	No es elegible si se le diagnosticó diabetes previamente o si está embarazada.
Podiatría	Cuidado de los pies cuando sea médicamente necesario.	Todos los miembros.	Cuidado de rutina de los pies, a menos que sea menor de 21 años o tenga diabetes o una enfermedad vascular que afecte las extremidades inferiores.
Atención de la vista	<p><b>Exámenes de la vista:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Menores de 21 años:</u> un examen al año</li> <li>• <u>21 años o más:</u> un examen cada dos años</li> </ul> <p><b>Anteojos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores de 21 años únicamente</li> <li>• Lentes de contacto si hay un motivo médico por el que los anteojos no funcionan</li> </ul>	<p><b>Exámenes:</b> todos los miembros.</p> <p><b>Anteojos y lentes de contacto:</b> miembros menores de 21 años.</p>	Más de un par de anteojos al año, a menos que se pierdan, los roben, se rompan o se necesite una nueva receta.
Equipos Respiratorios y de Oxígeno	Tratamiento para ayudar con los problemas respiratorios.	Todos los miembros.	

## 4. Beneficios y servicios

<b>Beneficio</b>	<b>De qué se trata</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que <u>no</u> recibe con este beneficio</b>
<b>Atención Hospitalaria para Pacientes Hospitalizados</b>	Servicios y atención recibidos para ingreso programado y no programado en hospitalizaciones de pacientes.	Todos los miembros con autorización o como una emergencia.	
<b>Atención Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios</b>	Servicios y atención recibidos de un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización. Los servicios incluirían servicios de diagnóstico y laboratorio, visita al médico y procedimientos autorizados para pacientes ambulatorios.	Todos los miembros.	Las Organizaciones de Atención Administrada no están obligadas a cubrir los servicios de observación del hospital después de las 24 horas.
<b>Atención de Emergencia</b>	Servicios y atención recibidos de un centro de emergencia del hospital para tratar y estabilizar una afección médica urgente.	Todos los miembros.	
<b>Atención de Urgencia</b>	Servicios y atención recibidos de un centro de atención de urgencia para tratar y estabilizar una necesidad médica urgente.	Todos los miembros.	
<b>Servicios de Cuidados Paliativos</b>	Servicios en el hogar o para pacientes hospitalizados diseñados para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de las personas que tienen enfermedades terminales.	Todos los miembros.	

## 4. Beneficios y servicios

<b>Beneficio</b>	<b>De qué se trata</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que <u>no</u> recibe con este beneficio</b>
Centro de Enfermería u Hospital para Enfermedades Crónicas	Atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación hasta 90 días.	Todos los miembros.	
Servicios o Dispositivos de Rehabilitación	Servicios o dispositivos para pacientes ambulatorios que ayudan a un miembro a desempeñarse en la vida diaria. Los servicios incluyen lo siguiente: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.	<p>Miembros de 21 años de edad y mayores.</p> <p>Los miembros menores de 21 años son elegibles en virtud de los Servicios de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (consulte la Sección 6 E).</p>	
Servicios o Dispositivos de Habilidad	Servicios o dispositivos que ayudan a un miembro a desempeñarse en la vida diaria. Los servicios incluyen lo siguiente: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.	Miembros elegibles; los beneficios pueden ser limitados.	

## 4. Beneficios y servicios

<b>Beneficio</b>	<b>De qué se trata</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que <u>no</u> recibe con este beneficio</b>
Audiología	Evaluación y tratamiento de la pérdida de la audición.	Todos los miembros.	Los miembros mayores de 21 años deben cumplir ciertos criterios para acceder a los dispositivos auditivos.
Sangre y Productos Derivados de la Sangre	Sangre utilizada durante una cirugía, etc.	Todos los miembros.	
Diálisis	Tratamiento de una nefropatía.	Todos los miembros.	
Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) y Suministros Médicos Desechables (Disposable Medical Supplies, DMS)	El Equipo Médico Duradero (puede usarse repetidamente) consiste en elementos como muletas, andadores y sillas de ruedas. Los Suministros Médicos Desechables (no pueden usarse repetidamente) son equipos y suministros que no tienen un uso práctico en ausencia de enfermedad, lesión, discapacidad o afección de salud. Consisten en elementos como suministros para pinchazos en los dedos, apósitos para heridas y suministros para incontinencia.	Todos los miembros.	

## 4. Beneficios y servicios

<b>Beneficio</b>	<b>De qué se trata</b>	<b>Quién puede recibir este beneficio</b>	<b>Lo que <u>no</u> recibe con este beneficio</b>
Trasplantes	Trasplantes médicamente necesarios.	Todos los miembros.	Trasplantes que no sean experimentales.
Ensayos Clínicos	Costos para los miembros en los estudios para probar la eficacia de nuevos tratamientos o medicamentos.	Miembros con afecciones poco amenazantes, cuando estén autorizados.	
Cirugía Plástica y de Restauración	Cirugía para corregir una deformidad por enfermedad, traumatismo, anomalías congénitas o de desarrollo o para restaurar las funciones del cuerpo.	Todos los miembros.	Cirugía cosmética para mejorar su aspecto.

## 4. Beneficios y servicios

---

### B. Servicios de autoreferido

Acudirá a su Médico de Cabecera para la mayor parte de su atención de la salud, o su Médico de Cabecera le enviará a un especialista que trabaja con la misma Organización de Atención Administrada. Para algunos tipos de servicios, puede elegir un proveedor local que no participe con su Organización de Atención Administrada. La Organización de Atención Administrada seguirá pagando al proveedor no participante por los servicios si el proveedor está de acuerdo en atenderle y acepta el pago de la Organización de Atención Administrada. Los servicios que funcionan de esta manera se denominan “servicios de autoreferido”. La Organización de Atención Administrada también pagará cualquier análisis de laboratorio y medicamento relacionados que reciba en el mismo centro en el que usted realiza la visita de autoreferido. Los siguientes servicios son de autoreferido:

- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Embarazo, en determinadas condiciones y centros de maternidad
- Revisión médica del recién nacido
- Centros de salud escolares
- Evaluación de la asignación en cuidado tutelar
- Determinado especialista para niños
- Evaluación de diagnóstico para personas con VIH/sida
- Diálisis renal
- Análisis de laboratorio para detectar la infección por COVID-19

#### Servicios de emergencia

Una emergencia se considera una afección médica que es repentina, grave y pone en peligro su salud si no recibe atención inmediata. No necesita autorización previa ni un referido de su médico para recibir servicios de emergencia. Los servicios de emergencia son servicios de atención de la salud que se proporcionan en un centro de emergencia del hospital como resultado de una afección médica de emergencia. Después de recibir tratamiento o estabilización por una afección médica de emergencia, es posible que necesite servicios adicionales para asegurarse de que la afección médica de emergencia no regrese. Estos se denominan servicios posteriores a la estabilización.

#### Servicios de planificación familiar (métodos anticonceptivos)

Si decide hacerlo, puede acudir a un proveedor que no forme parte de su Organización de Atención Administrada para recibir servicios de planificación familiar. La planificación familiar incluye servicios como dispositivos o suministros anticonceptivos, análisis de laboratorio y visitas al consultorio médicamente necesarias. La esterilización voluntaria es un servicio de planificación familiar, pero NO es un servicio de autoreferido. Si necesita una esterilización voluntaria, necesitará

la autorización previa de su Médico de Cabecera y deberá utilizar un proveedor participante de la red de la Organización de Atención Administrada.

### **Servicios para el embarazo**

Si estaba embarazada cuando se incorporó a la Organización de Atención Administrada y ya había consultado a un proveedor no participante, durante al menos un chequeo prenatal completo, puede elegir seguir acudiendo a ese proveedor no participante durante todo el embarazo, el parto y durante un año después del nacimiento del bebé para que realice el seguimiento, siempre que el proveedor no participante acepte seguir atendiéndola.

El apoyo de doula está disponible para visitas prenatales, asistencia en el parto y visitas posparto. También tiene acceso a servicios de visitas en el hogar. Los servicios de visitas en el hogar proporcionan apoyo a miembros embarazadas durante el embarazo y el parto, así como apoyo a padres e hijos durante el período posparto y hasta los dos o tres años. Los servicios incluyen visitas prenatales en el hogar, visitas posparto en el hogar y visitas al bebé en el hogar. El apoyo grupal de CenteringPregnancy también está disponible para proporcionar educación y apoyo junto a miembros que van a dar a luz aproximadamente en la misma fecha que usted.

### **Centros de maternidad**

Servicios realizados en un centro de maternidad, incluido un centro fuera del estado ubicado en un estado contiguo (un estado que limita con Maryland).

### **Primer chequeo del bebé antes de salir del hospital**

Es mejor seleccionar el proveedor de su bebé antes del parto. Si el proveedor de la Organización de Atención Administrada que seleccionó u otro proveedor dentro de la red de la Organización de Atención Administrada no ve a su bebé recién nacido para un chequeo antes de que el bebé esté listo para irse a casa, la Organización de Atención Administrada le pagará al proveedor de guardia para que realice el chequeo en el hospital.

### **Servicios de centros de salud escolares**

Para los niños inscritos en escuelas que tienen un centro de salud, hay disponibles una serie de servicios que pueden recibir por parte del centro de salud escolar. Su hijo aún tendrá asignado un Médico de Cabecera.

Los servicios incluyen lo siguiente:

- visitas al consultorio y tratamiento para enfermedades físicas agudas o urgentes, incluidos los medicamentos necesarios;
- seguimiento de las visitas de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (Early Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT) cuando sea necesario; y
- servicios de planificación familiar de autoreferido.

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) 39  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## 4. Beneficios y servicios

---

### **Chequeo para niños que ingresan a la custodia del Estado**

Los niños que ingresen en cuidado tutelar o por parte de familiares biológicos deben realizarse un chequeo dentro de los 30 días. El padre/la madre en el cuidado tutelar pueden elegir un proveedor conveniente al cual autoreferirse para esta visita.

### **Determinados proveedores para niños con necesidades especiales de atención de la salud**

Los niños con necesidades especiales de atención de la salud pueden autoreferirse a proveedores fuera de la red de la Organización de Atención Administrada (proveedor no participante) bajo ciertas condiciones. Los servicios de autoreferido para niños con necesidades especiales tienen como objetivo garantizar la continuidad de la atención y que se implementen planes de atención adecuados. Los servicios de autoreferido para niños con necesidades especiales de atención de la salud dependerán de si la afección que constituye la base de las necesidades especiales de atención de la salud del niño se diagnostica antes o después de la inscripción inicial del niño en una Organización de Atención Administrada. Solo se puede acceder a los servicios médicos directamente relacionados con una afección médica del niño con necesidades especiales fuera de la red si se cumplen las siguientes condiciones específicas:

- **Nuevo miembro:** un niño que en el momento de la inscripción inicial recibía estos servicios como parte de un plan de atención actual puede continuar recibiendo estos servicios especializados siempre que el proveedor no participante preexistente presente el plan de atención para su revisión y aprobación dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia de la inscripción del niño. Todos los servicios aprobados deben ser médicamente necesarios.
- **Miembro establecido:** un niño que ya está inscrito en una Organización de Atención Administrada cuando se le diagnostica una necesidad especial de atención de la salud que requiere un plan de atención donde se incluyen los tipos específicos de servicios puede solicitar un proveedor no participante específico. La Organización de Atención Administrada debe conceder la solicitud a menos que tenga un proveedor especializado participante local con la misma capacitación profesional y experiencia, esté razonablemente disponible y proporcione los mismos servicios.

### **Servicio de Evaluación de Diagnóstico (DES)**

Si tiene VIH/sida, puede realizar una visita anual al servicio de evaluación de diagnóstico (diagnostic and evaluation service, DES). El servicio de evaluación de diagnóstico consistirá en una evaluación médica y psicosocial. Debe seleccionar el proveedor del servicio de evaluación de diagnóstico de una lista aprobada de centros, pero no es necesario que el proveedor participe con su Organización de Atención Administrada. La Organización de Atención Administrada es responsable de ayudarlo con este servicio. El Estado, y no su Organización de Atención Administrada, pagará sus análisis de sangre relacionados con el VIH/sida.

### **Diálisis renal**

Si tiene una nefropatía que requiere que le limpien la sangre regularmente, puede seleccionar a su proveedor de diálisis renal. Tendrá la opción de elegir un proveedor de diálisis renal que participe o



no con su Organización de Atención Administrada. Las personas que necesiten este servicio pueden ser elegibles para el Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM).

Si la Organización de Atención Administrada deniega, reduce o rescinde los servicios, usted puede presentar una apelación.

Consulte el **Anexo I** para obtener más detalles sobre los servicios de autoreferido.

### C. Beneficios no ofrecidos por las Organizaciones de Atención Administrada pero sí por el Estado

Los beneficios de la siguiente tabla no están cubiertos por la Organización de Atención Administrada. Si necesita estos servicios, puede obtenerlos a través del Estado a través de la tarjeta roja y blanca de Medicaid o de servicios odontológicos. Si tiene preguntas sobre cómo acceder a estos beneficios, llame a la Línea de Ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**).

Beneficio	Descripción
Servicios Odontológicos	Se ofrece odontología general, incluido el tratamiento regular y de emergencia. Los servicios odontológicos son proporcionados por el Programa Maryland Healthy Smiles Dental administrado por SKYGEN USA. Si es elegible para el Programa de Servicios Odontológicos, recibirá información y una tarjeta servicios odontológicos de SKYGEN USA. Si no recibió la tarjeta de identificación de servicios odontológicos o tiene alguna pregunta sobre los beneficios odontológicos, llame al Programa Maryland Healthy Smiles Dental al <b>1-855-934-9812</b> .
Terapias ocupacionales, físicas y del habla para niños menores de 21 años	El Estado paga por estos servicios si son médicamente necesarios. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor, puede llamar a la Línea Directa del Estado al <b>1-800-492-5231</b> .
Dispositivos de Aumento del Habla	Equipo que ayuda a que las personas con problemas del habla se comuniquen.
Salud Conductual	Los servicios para trastornos por consumo de sustancias y especializados de salud mental están disponibles a través del Sistema Público de la Salud Conductual. Puede comunicarse si llama al <b>1-800-888-1965</b> .

## 4. Beneficios y servicios

Beneficio	Descripción
<p>Centro de Atención Intermedia (Intermediate Care Facility, ICF) – Servicios para Personas con Retraso Mental (Mental Retardation, MR)</p>	<p>Es un tratamiento en un centro de atención para personas con discapacidad intelectual que necesitan este nivel de atención.</p>
<p>Servicios de Atención Personal Especializada</p>	<p>Esta es una ayuda especializada con las actividades de la vida diaria.</p>
<p>Servicios de Atención Médica Diurna</p>	<p>Ayudan a mejorar las habilidades de la vida diaria en un centro con licencia del departamento de salud estatal o local, que incluye servicios médicos y sociales.</p>
<p>Servicios de Atención a Largo Plazo y en un Centro de Enfermería</p>	<p>La Organización de Atención Administrada no cubre la atención en un hogar para ancianos, un hospital de rehabilitación para enfermedades crónicas ni un hospital para enfermedades crónicas después de los primeros 90 días. Si pierde la cobertura de Medicaid mientras está en un centro de enfermería, no se le volverá a inscribir en la Organización de Atención Administrada. Si esto sucede, deberá solicitar Medicaid según las reglas de cobertura de atención a largo plazo. Si sigue cumpliendo los requisitos del Estado después de que se cancele la inscripción en la Organización de Atención Administrada o después de que la Organización de Atención Administrada pague los primeros 90 días, el Estado sería responsable.</p>
<p>VIH/sida</p>	<p>Ciertos servicios de diagnóstico para VIH/sida los paga el Estado (pruebas de carga viral, genotípicas, fenotípicas u otras pruebas de resistencia del VIH/sida).</p>

## 4. Beneficios y servicios

Beneficio	Descripción
Servicios de Aborto	<p>Este procedimiento médico para finalizar ciertos tipos de embarazos está cubierto por el Estado solo en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La paciente tendrá problemas graves de salud física o mental, o podría morir, si tiene el bebé.</li><li>• La paciente está embarazada como consecuencia de violación o incesto, y denunció el delito.</li><li>• El bebé tendrá problemas de salud muy graves.</li></ul> <p>Las miembros elegibles para HealthChoice solo debido a su embarazo no son elegibles para los servicios de aborto.</p>

## 4. Beneficios y servicios

Beneficio	Descripción
Servicios de Transporte	<p><b>Transporte Médico de Emergencia:</b> Servicios médicos mientras se transporta al miembro a un centro de atención de la salud en respuesta a una llamada al 911. Este servicio lo proporcionan los departamentos de bomberos locales. Si tiene una afección médica de emergencia, llame al 911.</p> <p><b>Transporte Médico para Casos que No Sean de Emergencia:</b> Las Organizaciones de Atención Administrada no están obligadas a proporcionar transporte para visitas médicas que no sean de emergencia. La excepción es cuando se le envía a un condado lejano para recibir un tratamiento que podría recibir en un condado más cercano.</p> <p>Ciertas Organizaciones de Atención Administrada pueden proporcionar algunos servicios de transporte como tokens de autobús, servicios de furgoneta y taxis a citas médicas. Llame a su Organización de Atención Administrada para ver si proporcionan algún servicio de transporte.</p> <p>Los departamentos de salud locales (LHD) proporcionan transporte médico que no es de emergencia a personas calificadas. Los transportes proporcionados son solo para los servicios cubiertos por Medicaid. El transporte a través del Departamento de Salud Local está destinado a personas que no tienen otros medios para llegar a sus citas. Si selecciona una Organización de Atención Administrada que no se ofrece dentro de su área de servicio, ni el Departamento de Salud Local ni la Organización de Atención Administrada están obligados a proporcionar servicios de transporte médico que no sean de emergencia.</p> <p>Para obtener ayuda con el transporte desde su departamento de salud local, llame al programa de transporte del departamento de salud local.</p>

### **D. Servicios adicionales ofrecidos por las Organizaciones de Atención Administrada y NO por el Estado**

Al comienzo de cada año, las Organizaciones de Atención Administrada deben informar al Estado si ofrecerán servicios adicionales. Los servicios adicionales también se denominan beneficios opcionales. Esto significa que la Organización de Atención Administrada no está obligada a prestar esos servicios y el Estado no los cubre. Si alguna vez se produce un cambio en los servicios adicionales de la Organización de Atención Administrada, se le notificará por escrito. Sin embargo, si la Organización de Atención Administrada cambia o deja de ofrecer servicios adicionales, este no es un motivo aprobado para cambiar de Organización de Atención Administrada. Los servicios opcionales y las limitaciones de cada servicio pueden variar entre cada Organización de Atención Administrada. La Organización de Atención Administrada puede o no proporcionar el transporte a servicios opcionales. Para conocer los servicios opcionales y las limitaciones que ofrece su Organización de Atención Administrada, consulte el **Anexo C** o llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

Consulte el **Anexo C** para obtener detalles sobre los Servicios Adicionales.

## 4. Beneficios y servicios

---

# E. Beneficios y servicios excluidos no cubiertos por las Organizaciones de Atención Administrada ni el Estado

A continuación se muestran los beneficios y los servicios que las Organizaciones de Atención Administrada y el Estado no están obligados a cubrir (servicios excluidos). El Estado requiere que las Organizaciones de Atención Administrada excluyan la mayoría de estos servicios. Consulte el **Anexo C** o llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, para conocer sus beneficios y servicios adicionales.

### Beneficios y servicios **NO** cubiertos:

- servicios de ortodoncista para personas de 21 años o más, o niños que no tienen un problema grave que les dificulte hablar o comer;
- medicamentos sin receta (excepto aspirina recubierta para la artritis, insulina, comprimidos de hierro y vitaminas masticables para niños menores de 12 años);
- cuidado de rutina de los pies para adultos de 21 años o más que no tienen diabetes ni problemas vasculares;
- zapatos especiales (ortopédicos) y soportes para personas que no tienen diabetes ni problemas vasculares;
- vacunas para viajar fuera del área continental de los Estados Unidos o atención médica fuera de los Estados Unidos;
- programas de dieta y ejercicio para ayudarlo a perder peso;
- cirugía cosmética para mejorar su aspecto, pero que no es necesaria por ningún motivo médico;
- servicios de tratamiento de fertilidad, incluidos servicios para revertir una esterilización voluntaria;
- sala privada en un hospital sin motivos médicos, como tener una enfermedad contagiosa;
- enfermería privada para personas de 21 años o más;
- autopsias;
- cualquier beneficio o servicio experimental a menos que forme parte de un ensayo clínico aprobado; o
- cualquier beneficio o servicio que no sea médicamente necesario.

# F. Cambio de beneficios y ubicaciones de servicio

## Cambio de beneficios

Puede haber ocasiones en las que los beneficios y los servicios de HealthChoice se rechacen, reduzcan o cancelen debido a que no son médicamente necesarios. Esto se denomina determinación adversa de beneficios. Si se produce esta situación, recibirá una carta por correo postal antes de cualquier cambio de beneficios o servicios. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá la oportunidad de presentar una reclamación.

## Pérdida de beneficios

La pérdida de beneficios de HealthChoice dependerá de su elegibilidad para Medicaid. No presentar la documentación necesaria de redeterminación de Medicaid o no cumplir con los requisitos de elegibilidad de Medicaid son causas para cancelar la inscripción en HealthChoice. Si usted deja de ser elegible para Medicaid, el Estado cancelará su inscripción en la Organización de Atención Administrada y perderá los beneficios de HealthChoice. Si recupera la elegibilidad dentro de los 120 días, se le volverá a inscribir automáticamente con la misma Organización de Atención Administrada.

## Cambio de ubicaciones de atención de la salud

Cuando haya un cambio en la ubicación de un proveedor de atención médica, se le notificará por escrito. Si el proveedor es un Médico de Cabecera y la nueva ubicación está demasiado lejos de su casa, puede llamar a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, para cambiar a un Médico de Cabecera en su área.

# 5. Información sobre proveedores

---

## A. Qué es un Médico de Cabecera (PCP), un especialista y la atención especializada

El Médico de Cabecera es el coordinador principal de la atención y le ayuda a gestionar sus necesidades y servicios de atención de la salud. Acuda al Médico de Cabecera para chequeos de rutina, asesoramiento médico, vacunas y referidos a especialistas cuando sea necesario. Un Médico de Cabecera puede ser un médico, personal de enfermería practicante o asistente médico y generalmente trabaja en el campo de la Medicina General, la Medicina Familiar, la Medicina Interna o la Pediatría.

Cuando necesite un servicio no proporcionado por su Médico de Cabecera, se le referirá a un Especialista. Un Especialista es un médico, personal de enfermería practicante o asistente médico que tiene capacitación adicional para centrarse en proporcionar servicios en un área de atención específica. La atención que recibe de un Especialista se llama Atención Especializada. Para recibir atención especializada, es posible que necesite un referido de su Médico de Cabecera. Hay algunos servicios de atención especializada que no necesitan un referido; estos se conocen como servicios de autoreferido. En el caso de las mujeres, si su Médico de Cabecera no es especialista en salud de la mujer, usted tiene derecho a ver a un especialista en salud de la mujer dentro de su red de la Organización de Atención Administrada sin un referido.

Sus proveedores no recibirán una sanción por asesorarla o defenderla.

## B. Seleccionar o cambiar proveedores

Cuando se inscribe por primera vez en una Organización de Atención Administrada, debe seleccionar un Médico de Cabecera que forme parte de la red de la Organización de Atención Administrada. Si no tiene un Médico de Cabecera o necesita ayuda para elegirlo, llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes. Si no elige un Médico de Cabecera, la Organización de Atención Administrada elegirá por usted. Si no está satisfecho con su Médico de Cabecera, puede cambiarlo en cualquier momento si llama a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes. Le ayudarán a cambiarlo y le informarán cuándo puede comenzar a ver a su nuevo Médico de Cabecera.



Si hay otros miembros de su hogar que son miembros de HealthChoice, también tendrán que elegir un Médico de Cabecera. Todos los miembros de HealthChoice de un hogar pueden elegir el mismo Médico de Cabecera, o cada miembro puede elegir uno diferente. Se recomienda que los miembros de HealthChoice menores de 21 años seleccionen un proveedor de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT). Estos proveedores están capacitados y certificados para identificar y tratar problemas de salud antes de que se vuelvan complejos y costosos. Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada podrá informarle qué proveedores cuentan con la certificación de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos.

Para ver una lista de los proveedores participantes dentro de una Organización de Atención Administrada, consulte los directorios de proveedores en el sitio web de la Organización de Atención Administrada. Si desea que se le envíe una copia impresa del directorio del proveedor por correo, comuníquese con Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

## C. Rescisión del contrato de un proveedor

Puede haber ocasiones en las que se rescinda el contrato con un Médico de Cabecera o un proveedor o que ya no trabajen con una Organización de Atención Administrada. Se le notificará por escrito o recibirá una llamada telefónica de la Organización de Atención Administrada.

- Si la Organización de Atención Administrada rescinde el contrato con su Médico de Cabecera, se le pedirá que seleccione uno nuevo y se le puede dar la oportunidad de cambiar de Organización si ese Médico participa con una Organización diferente.
- Si su Médico de Cabecera rescinde el contrato con su Organización de Atención Administrada, se le pedirá que seleccione uno nuevo dentro de su Organización.
- Si no elige un nuevo Médico de Cabecera, la Organización de Atención Administrada actual le elegirá uno. Después de seleccionar un Médico de Cabecera, recibirá una nueva tarjeta de identificación de la Organización de Atención Administrada por correo con la información actualizada sobre el Médico.

# 6. Recibir atención

---

## A. Programar o cancelar una cita

**Para programar una cita** con su Médico de Cabecera u otro proveedor, llame al consultorio del proveedor. El nombre y el número de su Médico de Cabecera se encontrarán en el anverso de la tarjeta de identificación que le proporcionó la Organización de Atención Administrada. También puede llamar a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, y le proporcionarán el nombre y el número de su Médico de Cabecera u otro proveedor. Para asegurarse de que el personal del consultorio del proveedor tenga sus registros listos y haya disponibilidad en el horario del proveedor, programe una cita antes de ir al consultorio del proveedor. Cuando programa una cita:

- informe al personal su nombre,
- informe al personal por qué llama, e
- informe al personal si cree que necesita atención inmediata.

Proporcionar esta información puede ayudar a determinar la rapidez con la que deben atenderlo.

El día de la cita, llegue a tiempo. Llegar a tiempo permite que el proveedor pase la mayor cantidad de tiempo con usted y evita largos tiempos de espera. Para todas las citas, lleve:

- Tarjeta de Medicaid
- Tarjeta de identificación de la Organización de Atención Administrada
- Una identificación con fotografía

**Para cancelar una cita** con su Médico de Cabecera u otro proveedor, llame al consultorio del proveedor tan pronto como sepa que no puede asistir a la cita. La cancelación de citas permite que los proveedores vean a otros pacientes. Reprograme la cita lo antes posible para mantenerse al día con sus necesidades de atención de la salud.

## B. Referido a un especialista o la atención especializada


El Médico de Cabecera supervisa la atención. Si el Médico de Cabecera considera que necesita atención especializada, lo referirá a un especialista. Según su Organización de Atención Administrada, es posible que se necesite un referido del Médico de Cabecera antes de programar una cita con un especialista. Llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, para conocer sus requisitos de referido.

50 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## C. Atención fuera del horario regular, de urgencia y en sala de emergencias

### Sepa a dónde acudir

Según sus necesidades de salud, es importante elegir el lugar adecuado en el momento adecuado. A continuación, encontrará una guía para ayudarlo a elegir el lugar adecuado según sus necesidades de salud.

		
<b>Consultorio médico</b>	<b>Centro de atención de urgencia</b>	<b>Sala de emergencias</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeos</li> <li>• Evaluaciones de salud</li> <li>• Si algo le causa preocupación</li> <li>• Tos/resfrío</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Dolor persistente</li> <li>• Pérdida de peso sin explicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad/lesión menor</li> <li>• Gripe/fiebre</li> <li>• Vómitos/diarrea</li> <li>• Dolor de garganta, dolor de oídos o infección ocular</li> <li>• Esguinces/distensiones</li> <li>• Posibles huesos rotos</li> <li>• Lesiones deportivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida del conocimiento</li> <li>• Dificultad para respirar</li> <li>• Lesión grave en la cabeza, el cuello o la espalda</li> <li>• Dolor/presión en el pecho</li> <li>• Hemorragia grave</li> <li>• Envenenamientos</li> <li>• Quemaduras graves</li> <li>• Convulsiones/ataques</li> <li>• Hueso gravemente roto</li> <li>• Agresión sexual</li> </ul>

## 6. Recibir atención

---

### Atención fuera del horario regular

Si necesita atención que no sea de emergencia después del horario laboral regular, llame al consultorio del Médico de Cabecera o a la Línea de Asesoramiento de Enfermería de la Organización de Atención Administrada las 24 horas. Ambos números se encuentran en su tarjeta de identificación de miembro de la Organización de Atención Administrada. El médico o el servicio de respuesta podrán responder las preguntas, proporcionarle instrucciones y organizar cualquier servicio necesario. La Línea de Asesoramiento de Enfermería siempre está disponible para responder preguntas. Le ayudará a encontrar el lugar adecuado para que reciba la mejor atención y para que no se le facture innecesariamente.

### Atención de urgencia

Si tiene una enfermedad o una lesión que podrían convertirse en una emergencia dentro de las 48 horas si no se tratan, acuda a un Centro de Atención de Urgencia. Asegúrese de ir a un Centro de Atención de Urgencia dentro de la red. No se requiere autorización previa, pero asegúrese de que participe con la Organización de Atención Administrada o es posible que se le facture a usted. Si no está seguro de si debe acudir a un Centro de Atención de Urgencia, llame a su Médico de Cabecera o a la Línea de Asesoramiento de Enfermería de la Organización de Atención Administrada las 24 horas. Ambos números se encuentran en su tarjeta de la Organización de Atención Administrada.

### Atención en sala de emergencias

Una afección médica de emergencia se produce cuando se requiere atención médica inmediata para evitar un deterioro o una disfunción graves de la salud. Si tiene una afección médica de emergencia y necesita atención en una sala de emergencias (servicios proporcionados por un centro de emergencias del hospital), llame al 911 o acuda al servicio de emergencias del hospital más cercano. Podrá autoreferirse a cualquier departamento de emergencias; no se requiere autorización previa.

**Si no está seguro de si debe acudir a un departamento de emergencias, llame a su Médico de Cabecera o a la Línea de Asesoramiento de Enfermería de la Organización de Atención Administrada las 24 horas.** Después de recibir tratamiento por una afección médica de emergencia, es posible que necesite servicios adicionales para asegurarse de que la afección médica de emergencia no regrese. Estos se denominan servicios posteriores a la estabilización. La Organización de Atención Administrada trabajará con el personal del hospital para decidir si necesita estos servicios. Si desea obtener más información sobre cómo se decide esto, comuníquese con su Organización de Atención Administrada.

Si su Médico de Cabecera y la Organización de Atención Administrada no están al tanto de su visita a la sala de emergencias, llámelos lo antes posible después de recibir los servicios de emergencia para organizar cualquier atención de seguimiento que pueda necesitar.

## D. Cobertura fuera del área de servicio

No todas las Organizaciones de Atención Administrada operan en todas las áreas del Estado. Si necesita atención que no sea de emergencia mientras está fuera del área de servicio de la Organización de Atención Administrada, llame a su Médico de Cabecera o a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada. Ambos números se encuentran en su tarjeta de la Organización de Atención Administrada. Si se muda y la nueva residencia se encuentra en un condado de Maryland diferente, en el que la Organización de Atención Administrada no presta servicios, puede cambiar de Organización si llama a Maryland Health Connection (**1-855-642-8572**). Si decide quedarse con su Organización de Atención Administrada, es posible que deba proporcionar su propio transporte para acudir a un proveedor dentro de la red en otro condado.

HealthChoice solo es aceptado en Maryland y por proveedores en estados cercanos cuando forman parte de la red de la Organización de Atención Administrada o cuando su atención ha sido administrada por la Organización. Recuerde que cuando viaja fuera del Estado de Maryland, la Organización de Atención Administrada solo está obligada a cubrir los servicios de emergencia y los servicios posteriores a la estabilización.

## E. Atención de bienestar para niños: Programa Healthy Kids o Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT)

Es importante que los bebés, los niños y los adolescentes de hasta 21 años se realicen chequeos regulares. El programa Healthy Kids o Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos ayuda a identificar, tratar y prevenir problemas de salud antes de que se vuelvan complejos y costosos. Es un beneficio integral que cubre los servicios médicos, odontológicos, de la visión y auditivos que se consideran médicamente necesarios. Muchos de los servicios del Programa estarán cubiertos por la Organización de Atención Administrada, pero servicios como odontología, salud conductual y terapias estarán cubiertos a través del sistema de cargo por servicio de Medicaid (consulte la página 28).

Healthy Kids es el componente preventivo de bienestar del niño en el programa Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos. El Estado certificará a los Médicos de Cabecera de su hijo para asegurarse de que conocen los requisitos de Healthy Kids o Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos, están preparados para realizar las pruebas de detección requeridas y tienen las vacunas requeridas para que su hijo las reciba en los momentos adecuados. Le recomendamos encarecidamente que seleccione un Médico de Cabecera para su hijo con certificación de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos. Si elige un proveedor que no está certificado por Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) 53  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## 6. Recibir atención

---

Tempranos, la Organización de Atención Administrada le notificará al respecto. Puede cambiar de Médico de Cabecera en cualquier momento. Comuníquese con Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para cambiar el Médico de Cabecera de su hijo.

La siguiente tabla muestra las edades en las que los niños necesitan visitas de bienestar. Si el Médico de Cabecera de su hijo recomienda más visitas, también estarán cubiertas. Durante las visitas de bienestar del niño, el Médico de Cabecera controlará la salud y todos los aspectos del desarrollo de su hijo. También controlará si hay problemas a través de pruebas de detección. Algunas pruebas de detección para detectar problemas de salud se realizan a través de análisis de sangre, mientras que otras se realizan con preguntas. Es posible que se requieran pruebas de detección adicionales según la edad y el riesgo. El Médico de Cabecera también le ofrecerá asesoramiento y le dirá qué esperar. Asegúrese de acudir a las citas para los exámenes de bienestar del niño. No omita las vacunas y asegúrese de que los niños se hagan análisis de sangre para detectar la presencia de plomo. El plomo en la sangre causa problemas graves, por lo que es necesario realizar pruebas a todos los niños, independientemente del riesgo. Esto se aplica incluso si su hijo tiene Medicaid y otro seguro.

## 6. Recibir atención

<b>Edad</b>	<b>Examen de bienestar del niño Evaluar el desarrollo Educación sobre la salud</b>	<b>Vacunas para niños (*se recomienda la vacuna contra la gripe cada año a partir de los 6 meses)</b>	<b>Análisis de plomo en sangre (*adicional si está en riesgo)</b>
Nacimiento	X	X	
3 a 5 días	X		
1 mes	X		
2 meses	X	X	
4 meses	X	X	
6 meses	X	X	
9 meses	X		
12 meses (1 año)	X	X	X
15 meses	X	X	
18 meses (1.5 años)	X	X	
24 meses (2 años)	X		X
30 meses (2.5 años)	X		
36 meses (3 años)	X		
4 a 20 años	X (anual)	X (edades: 4 a 6, 9 a 12 y 16)	

## 6. Recibir atención

# F. Atención de bienestar para adultos

Las visitas de bienestar con su médico son importantes. Su Médico de Cabecera le examinará, le proporcionará o recomendará pruebas de detección según la edad y las necesidades, revisará sus antecedentes médicos y los medicamentos actuales. Coordinará los servicios que usted necesita para mantenerse saludable. Durante su visita, informe a su Médico de Cabecera si cambió algo desde la última visita, si tiene alguna pregunta y cómo se encuentra con su plan de atención. Cuando hable con su Médico de Cabecera, siempre proporcione la información más sincera y actualizada sobre su salud física, social y mental para que pueda obtener la atención que corresponda a sus necesidades.

### Recomendaciones de atención preventiva para adultos

Servicio	Frecuencia – Población
Control de la Presión Arterial	Anual.
Colesterol	Cada 5 años a partir de los 35 años para los hombres y de 45 años para las mujeres, a partir de los 20 años si hay un mayor riesgo.
Diabetes	Adultos de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad.
Prueba de Detección de Cáncer de Colon	Entre los 50 y los 75 años, la frecuencia depende de la prueba utilizada: en heces —anualmente a cada 3 años, sigmoide flexible cada 5 años, colonografía por tomografía computarizada cada 5 años o colonoscopia cada 10 años.
Prueba de Detección de Enfermedades de Transmisión Sexual	VIH: una vez para todos los adultos, independientemente del riesgo, adicionalmente según el riesgo. Hepatitis C (virus de la hepatitis C): una vez para cualquier persona nacida entre 1945 y 1965, otras personas según el riesgo. Hepatitis B: adultos con mayor riesgo. Clamidia/Gonorrea: anualmente para miembros con órganos reproductivos internos de 16 a 24 años si mantienen una vida sexual activa, según el riesgo si tienen más de 25 años. Sífilis: adultos con mayor riesgo.



## 6. Recibir atención

Servicio	Frecuencia – Población
Vacuna contra la Gripe	Anual.
Vacuna contra el tétanos, difteria, tos ferina acelular (tetanus, diphtheria, acellular Pertussis, Tdap)	Una vez en la edad adulta (si no la recibió entre los 11 y los 12 años). Durante cada embarazo.
Vacuna contra el tétanos	Cada 10 años, dosis adicionales si así lo determina el riesgo.
Vacuna contra el herpes zóster (culebrilla)	Una vez para todos los adultos mayores de 60 años.
Vacuna antineumocócica (PPSV23)	Una vez para todas las personas (de 2 a 64 años) con diabetes, enfermedad pulmonar, cardiopatía, fumadores, alcohólicos u otros factores de riesgo (consulte al médico para determinar su riesgo).
Prueba de Detección de Cáncer de Mama (mamografía)	Cada 2 años, de 50 a 75 años; según el riesgo, de 40 a 50 años.
Pruebas de Detección de Cáncer de Pulmón	Anualmente para adultos de 55 a 80 años con antecedentes de tabaquismo de 30 paquetes-año que fumen activamente o hayan dejado de fumar hace menos de 15 años; la prueba de detección se realizó mediante tomografía computarizada de dosis baja.
Prueba de Detección de Cáncer de Cuello Uterino	Cada 3 años para miembros con órganos reproductivos internos de 21 a 29 años, cada 5 años para miembros con órganos reproductivos internos de 30 a 65 años.
Consumo de Sustancias: Alcohol, Tabaco, Otras	Adultos de 18 años o más. Una vez al año o con más frecuencia, según el riesgo.

**\*Todas las recomendaciones se basan en el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF). Excluye las recomendaciones para pacientes de 65 años o más dado que no son elegibles para HealthChoice.**

## 6. Recibir atención

---

### G. Administración de casos

Si en algún momento tiene una necesidad de atención de la salud por enfermedad crónica o un episodio de atención que afecte su estado de salud, las Organizaciones de Atención Administrada asignarán un administrador de casos para ayudarle a coordinar la atención. Los administradores de casos corresponden al personal de enfermería o a trabajadores sociales con licencia capacitados para trabajar con sus proveedores a fin de garantizar que se satisfagan las necesidades de atención de la salud. La comunicación con el administrador de casos es importante para que pueda ayudarle a desarrollar e implementar un plan de atención centrado en la persona. Los administradores de casos trabajarán con usted por teléfono o pueden proporcionar administración de casos en persona.

### H. Atención de las miembros durante el embarazo y un año después del parto

Cuando esté embarazada o sospeche que está embarazada, es muy importante que llame a la Organización de Atención Administrada. Le ayudarán a recibir atención prenatal (atención que reciben las miembros durante el embarazo). La atención prenatal consiste en chequeos regulares con un obstetra (médico en obstetricia) o personal de enfermería certificado para controlar su salud y la salud del feto.

Si está embarazada, la Organización de Atención Administrada le ayudará a programar una cita para que reciba atención prenatal dentro de los 10 días posteriores a su solicitud. Si ya inició la atención prenatal antes de inscribirse en la Organización de Atención Administrada, es posible que pueda seguir acudiendo al mismo proveedor de atención prenatal durante el embarazo, el parto y durante un año después del nacimiento del bebé.

La Organización de Atención Administrada también puede ponerla en contacto con un administrador de casos. El administrador de casos trabajará con usted y su proveedor de atención prenatal para ayudarle a que obtenga los servicios, la educación y el apoyo necesarios. Si tiene otros problemas de salud o estaba embarazada antes y tuvo problemas de salud, la Organización de Atención Administrada le ofrecerá ayuda adicional.

El Estado inscribirá automáticamente al recién nacido en su Organización de Atención Administrada. Si usted calificó para Medicaid porque estaba embarazada, su cobertura de Medicaid y HealthChoice finalizará un año después del parto.

Si tiene preguntas, llame a la Línea de Ayuda para Miembros Embarazadas (**1-800-456-8900**) o a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes. Para obtener más información, consulte **Servicios Especiales para Miembros Embarazadas** (7.1.) y el **Anexo D**.

58 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

### I. Planificación familiar (métodos anticonceptivos)

Los servicios de planificación familiar proporcionan a las personas información y medios para prevenir embarazos no planificados y mantener la salud reproductiva. Usted es elegible para recibir servicios de planificación familiar sin un referido. La Organización de Atención Administrada le pagará a un proveedor no participante por los servicios siempre y cuando el proveedor esté de acuerdo en atenderle y acepte el pago de la Organización de Atención Administrada. Además, las Organizaciones de Atención Administrada no pueden cobrar copagos por servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar incluyen, entre otros, los siguientes:

- métodos anticonceptivos,
- pruebas para la detección del embarazo, y
- esterilizaciones voluntarias (dentro de la red con una autorización previa).

Llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, o en la Línea de Ayuda del Estado (**1-800-456-8900**) para obtener información adicional sobre los servicios de Planificación Familiar y los servicios de Autoreferido.

### J. Atención odontológica

Medicaid de Maryland proporcionará cobertura de servicios odontológicos a adultos en virtud del Programa Maryland Healthy Smiles Dental. No hay primas, deducibles ni copagos para los servicios cubiertos. No hay un monto máximo de beneficio por año. Los miembros nunca deben pagar los servicios cubiertos de su bolsillo. Los servicios del Programa Maryland Healthy Smiles Dental incluyen, entre otros:

- Chequeos regulares
- Limpieza de dientes
- Tratamiento con fluoruro
- Radiografías
- Empastes
- Tratamientos de conducto
- Coronas
- Extracción de dientes
- Anestesia

Llame a Servicio al Cliente de Maryland Healthy Smiles al 1-855-934-9812 si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor odontológico.

Consulte el **Anexo C** para obtener detalles sobre los Servicios Odontológicos para adultos de 21 años o más.

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) 59  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## 6. Recibir atención

---

### K. Atención de la vista

- Si tiene menos de 21 años, es elegible para lo siguiente:
  - exámenes de la vista,
  - anteojos una vez al año, o
  - lentes de contacto, si son médicamente necesarios en lugar de los anteojos.
- Si tiene 21 años o más, es elegible para lo siguiente:
  - Examen de la vista cada dos años
  - Consulte el **Anexo C** para conocer los beneficios adicionales para la visión adulta que ofrece su Organización de Atención Administrada

Llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención de la vista.

### L. Educación sobre la salud/servicios de difusión

Usted tiene acceso a los programas de educación sobre la salud ofrecidos por su Organización de Atención Administrada. Los programas de educación sobre la salud proporcionan información y recursos para ayudarle a tener un papel activo en su salud y atención médica. Los programas se ofrecen en múltiples formatos y cubren diferentes temas de salud. Consulte el **Anexo E** o llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, para averiguar qué programas de educación sobre la salud están disponibles, cuándo se llevan a cabo y cómo puede mantenerse informado sobre ellos.

Las Organizaciones de Atención Administrada también proporcionarán servicios de difusión a los miembros que hayan identificado que puedan tener barreras para acceder a la atención de la salud. El plan de difusión de las Organizaciones de Atención Administrada está dirigido a personas de difícil acceso o que no cumplen con un plan de atención. Si la Organización de Atención Administrada no puede comunicarse con usted o no acudió a las citas, es posible que se le derive a la Unidad de Coordinación de Atención Administrativa (ACCU) de su departamento de salud local.

Las Unidades de Coordinación de Atención Administrativa no están empleadas por las Organizaciones de Atención Administrada. El Estado contrata a las Unidades de Coordinación de Atención Administrativa para ayudarle a comprender cómo funcionan los Programas Medicaid y HealthChoice. Si la Unidad de Coordinación de Atención Administrativa se comunica con usted desde el departamento de salud local, le dirán el motivo por el que llamaron. Si no pueden comunicarse con usted por teléfono, es posible que visiten su casa. El objetivo de la Unidad de Coordinación de Atención Administrativa es ayudarle a mantenerse conectado con la atención médica y los servicios adecuados.

## M. Servicios de salud conductual

Si tiene un problema de salud mental o por consumo de sustancias, llame a su Médico de Cabecera o a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes. Su Médico de Cabecera puede tratarle o referirle al Sistema Público de la Salud Conductual. El Sistema de Salud Conductual del Estado cubre una variedad de servicios de salud conductual. Puede acceder a estos servicios sin un referido de su Médico de Cabecera si llama al Sistema Público de la Salud Conductual (**1-800-888-1965**). Esta línea de ayuda gratuita está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros del personal están capacitados para atender su llamada y le ayudarán a obtener los servicios que necesita. Los servicios de salud conductual incluyen, entre otros, los siguientes:

- administración de casos,
- servicios de emergencia/móviles en caso de crisis,
- servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados,
- centros de salud mental para pacientes ambulatorios, y
- centros residenciales de tratamiento.

Si el Sistema Público de la Salud Conductual descubre que no necesita un especialista para manejar sus necesidades de salud conductual, se informará (con su permiso) al Médico de Cabecera para que usted pueda recibir cualquier atención de seguimiento necesaria.

# 7. Servicios especiales

---

## A. Servicios para poblaciones con necesidades especiales

El Estado nombró a ciertos grupos que necesitan apoyo especial de la Organización de Atención Administrada. Estos grupos se denominan “poblaciones con necesidades especiales” e incluyen:

1. Miembros embarazadas y miembros que acaban de dar a luz.
2. Niños con necesidades especiales de atención de la salud.
3. Niños que reciben atención supervisada por el Estado.
4. Adultos o niños con una discapacidad física o de desarrollo.
5. Adultos y niños con VIH/sida.
6. Adultos y niños sin hogar.

La Organización de Atención Administrada tiene un proceso para informarle si está en una población con necesidades especiales. Si tiene alguna pregunta sobre sus necesidades especiales, llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

### Servicios que recibe cada población con necesidades especiales

Si usted o un familiar se encuentran en una o más de estas poblaciones con necesidades especiales, son elegibles para recibir los servicios que se indican a continuación. Tendrán que trabajar y comunicarse con la Organización de Atención Administrada para que les ayude a obtener la cantidad y el tipo de atención adecuados:

- **Un administrador de casos:** un administrador de casos será un miembro del personal de enfermería o un trabajador social u otro profesional que pueda asignarse a su caso poco después de que se una a la Organización de Atención Administrada. Esta persona le ayudará a usted y a su Médico de Cabecera a desarrollar un plan centrado en el paciente que aborde el tratamiento y los servicios que necesita. El administrador de casos hará lo siguiente:
  - le ayudará a desarrollar el plan de atención,
  - se asegurará de que el plan de atención se actualice al menos cada 12 meses o según sea necesario,
  - llevará un registro de los servicios de atención de la salud, y
  - ayudará a que las personas que le administran tratamiento trabajen juntas.

62 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

- **Especialistas:** tener necesidades especiales requiere que consulte a los proveedores que tengan más experiencia con su afección. Su Médico de Cabecera y su administrador de casos trabajarán juntos para asegurarse de referirle a los especialistas adecuados. Esto incluirá especialistas en suministros y equipos que pueda necesitar.
- **Seguimiento cuando no acuda a visitas:** si su Médico de Cabecera o especialista descubre que usted no acude a las citas, nos lo hará saber y alguien intentará comunicarse con usted por correo, por teléfono o mediante una visita a su casa para recordarle que llame para solicitar otra cita. Si aún no acude a las citas, es posible que lo visite alguien del departamento de salud local cerca de donde vive.
- **Coordinador de Necesidades Especiales:** las Organizaciones de Atención Administrada deben tener un Coordinador de Necesidades Especiales en el personal. El Coordinador de Necesidades Especiales le informará sobre su afección y le sugerirá lugares en su área donde pueda obtener apoyo de personas que conozcan sus necesidades.

Como miembro de una población con necesidades especiales, la Organización de Atención Administrada trabajará con usted para coordinar todos los servicios anteriores. Algunos grupos recibirán otros servicios especiales. Los siguientes son otros servicios especiales específicos para la población con necesidades especiales:

### 1. Miembros embarazadas y miembros que acaban de dar a luz:

- **Citas:** la Organización de Atención Administrada le ayudará a programar una cita para atención prenatal dentro de los 10 días posteriores a su solicitud.
- **Evaluación del Riesgo Prenatal:** a las miembros embarazadas se les realizará una evaluación del riesgo prenatal. En su primera visita de atención prenatal, el médico realizará una evaluación de riesgos. Esta información se compartirá con el departamento de salud local y la Organización de Atención Administrada. La Organización de Atención Administrada ofrecerá una variedad de servicios para ayudarle a cuidar de sí misma y para ayudar a garantizar que su bebé nazca sano. El departamento de salud local también puede comunicarse con usted y ofrecerle ayuda y asesoramiento. Contará con información sobre los recursos locales.
- **Enlace a un Proveedor Pediátrico:** la Organización de Atención Administrada le ayudará a elegir un proveedor de atención pediátrica. Puede ser un pediatra, un médico de familia o un personal de enfermería practicante.
- **Duración de la Hospitalización:** la duración de la hospitalización después del parto es de 48 horas para un parto vaginal sin complicaciones o de 96 horas para un parto por cesárea sin complicaciones. Si decide recibir el alta antes, se le ofrecerá una visita a domicilio dentro de las 24 horas posteriores al alta. Si debe permanecer en el hospital después del parto por motivos médicos, puede solicitar que su recién nacido permanezca en el hospital mientras usted esté hospitalizada; la hospitalización adicional de hasta cuatro (4) días está cubierta para su recién nacido.



## 7. Servicios especiales

---

- **Seguimiento:** la Organización de Atención Administrada programará una visita de seguimiento para el recién nacido dos semanas después del alta si no se realizó ninguna visita a domicilio o dentro de los 30 días posteriores al alta si se realizó una visita a domicilio.
- **Atención odontológica:** una buena salud bucal es importante para un embarazo saludable. Todas las beneficiarias de HealthChoice son elegibles para recibir servicios odontológicos a través del Programa Maryland Healthy Smiles Dental del Estado. Llame a Healthy Smiles **(1-855-934-9812)** si tiene alguna pregunta sobre los beneficios odontológicos.
- **Servicios para Trastornos por Consumo de Sustancias:** si solicita tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias, se le referirá al Sistema Público de la Salud Conductual dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud.
- **Pruebas y Asesoramiento para el VIH:** a las miembros embarazadas se les ofrecerá una prueba para el VIH y recibirán información sobre la infección por VIH y su efecto en el feto.
- **Asesoramiento Nutricional:** a las miembros embarazadas se les ofrecerá información nutricional para enseñarles a comer sano.
- **Asesoramiento para Fumadores:** las miembros embarazadas recibirán información y apoyo sobre maneras para dejar de fumar.
- **Citas para Pruebas de Detección de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos:** las adolescentes embarazadas (hasta los 21 años) deben recibir todos los servicios de pruebas de detección de EPSDT además de la atención prenatal.

Consulte el **Anexo D** para obtener información sobre los servicios adicionales que ofrece la Organización de Atención Administrada para miembros embarazadas.

## 2. Niños con necesidades especiales de atención de la salud

- **Trabajar con Escuelas:** la Organización de Atención Administrada trabajará estrechamente con las escuelas que proporcionan programas de educación y servicios familiares a niños con necesidades especiales.
- **Acceso a Ciertos Proveedores No Participantes:** los niños con necesidades especiales de atención de la salud pueden autoreferirse a proveedores fuera de la red de la Organización de Atención Administrada bajo ciertas condiciones. Los servicios de autoreferido para niños con necesidades especiales tienen como objetivo garantizar la continuidad de la atención y que se implementen planes de atención adecuados. Los servicios de autoreferido para niños con necesidades especiales de atención de la salud dependerán de si la afección que constituye la base de las necesidades especiales de atención de la salud del niño se diagnostica antes o después de la inscripción inicial del niño en una Organización de Atención Administrada. Se puede acceder a los servicios médicos directamente relacionados con una afección médica del niño con necesidades especiales fuera de la red si se cumplen condiciones específicas.



### 3. Niños que reciben atención supervisada por el Estado

- **Atención Supervisada por el Estado**, cuidado tutelar y por parte de familiares biológicos: la Organización de Atención Administrada se asegurará de que los niños en cuidados supervisados por el Estado (cuidado tutelar o por parte de familiares biológicos) obtengan los servicios que necesitan de los proveedores al hacer que una persona en la Organización de Atención Administrada sea responsable de organizar todos los servicios. Si un niño en atención supervisada por el Estado se muda fuera del área y necesita otra Organización de Atención Administrada, el Estado y la Organización actual trabajarán juntos para encontrarle rápidamente nuevos proveedores cerca de donde se mudó, o si es necesario, el niño puede cambiar a otra Organización.
- **Pruebas de Detección de Abuso o Negligencia**: cualquier niño que se crea que sufrió abuso físico, mental o sexual se referirá a un especialista que pueda determinar si hubo abuso. En caso de posible abuso sexual, la Organización de Atención Administrada se asegurará de que al niño lo examine una persona que sepa cómo encontrar y conservar evidencia importante.

### 4. Adultos y niños con discapacidades físicas y del desarrollo

- **Materiales Preparados de una Manera que Usted Puede Comprender**: la Organización de Atención Administrada tiene materiales revisados por personas con experiencia en las necesidades de personas con discapacidades. Esto significa que la información se presentará mediante los métodos adecuados para que las personas con discapacidades puedan entenderla, ya sea por escrito o mediante traducción de voz.
- **Servicios de la Administración de Discapacidades del Desarrollo**: los miembros que actualmente reciben servicios a través de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (Developmental Disabilities Administration, DDA) o bajo la Exención de esta Administración pueden continuar recibiendo los servicios.
- **Equipo Médico y Tecnología de Asistencia**: los proveedores de la Organización de Atención Administrada tienen la experiencia y la capacitación para que adultos y niños reciban equipos médicos y tecnología de asistencia.
- **Administración de Casos**: los administradores de casos tienen experiencia en el trabajo con personas con discapacidades.

### 5. Adultos y niños con VIH/sida

- **Administración de casos de VIH/sida**: la Organización de Atención Administrada cuenta con administradores de casos especiales capacitados para tratar los problemas de VIH/SIDA y para vincular a las personas con los servicios que necesitan.
- **Visitas del Servicio de Evaluación de Diagnóstico (DES) una vez al año**: una visita anual del servicio de evaluación de diagnóstico (DES) para cualquier miembro al que se le diagnosticó VIH/sida; la Organización de Atención Administrada es responsable de brindar el servicio en nombre del miembro.

## 7. Servicios especiales

---

- **Servicios para Trastornos por Consumo de Sustancias:** las personas con VIH/sida que necesitan tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias se referirán al Sistema Público de la Salud Conductual dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud.

### 6. Adultos y niños sin hogar

La Organización de Atención Administrada intentará identificar a las personas sin hogar y vincularlas con un administrador de casos y los servicios de atención de la salud adecuados. Puede ser difícil para las Organizaciones de Atención Administrada identificar cuándo los miembros se quedan sin hogar. Si se encuentra en esta situación, comuníquese con Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

Consulte el **Anexo I** para obtener información sobre el Equipo de Comunicación de Asistencia.

## B. Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM)

El Programa de Administración de Casos Raros y Costosos, REM para abreviar, es un programa proporcionado por el Estado para niños y adultos que tienen problemas médicos muy costosos e inusuales. El Programa ofrece beneficios de Medicaid más otros servicios especializados necesarios para problemas médicos especiales. Su Médico de Cabecera (PCP) y la Organización de Atención Administrada tendrán una lista de los diagnósticos del Programa y le informarán si usted o alguno de sus hijos deben considerar la posibilidad de participar en el Programa. La Organización y su Médico sabrán si usted tiene uno de los diagnósticos que podrían calificarle para el Programa.

Le informarán si usted o alguno de sus hijos deben considerar la posibilidad de participar en el Programa. Se le informará por teléfono, por correo o mediante una visita de un administrador de casos del Programa. Si no desea pasarse al Programa, puede permanecer en la Organización de Atención Administrada. Una vez que un miembro esté en el Programa, ya no será inscrito en una Organización de Atención Administrada. Este cambio sucederá automáticamente.

Una vez inscrito en el Programa, se le asignará un administrador de casos. El administrador de casos del Programa trabajará con usted para hacer la transición de su atención desde la Organización de Atención Administrada. Le ayudará a seleccionar el proveedor adecuado. Si es posible, le ayudará a organizar la consulta con el mismo Médico de Cabecera y especialistas. Si su hijo es menor de 21 años y estaba recibiendo atención médica de una clínica especializada u otro entorno antes de entrar en el Programa, puede optar por seguir recibiendo esos servicios. Llame al Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (**1-800-565-8190**) si tiene más preguntas.

# 8. Administración de la utilización

---

## A. Necesidad médica

Usted es elegible para recibir los beneficios de HealthChoice cuando sea necesario según se describe en la sección de beneficios y servicios de este manual. Algunos beneficios pueden tener limitaciones o restricciones. **Todos los beneficios o servicios de HealthChoice deben ser médicamente necesarios para que usted los reciba.**

Para que un beneficio o servicio se considere médicamente necesario, debe cumplir las siguientes condiciones:

- Estar directamente relacionado con el diagnóstico, tratamiento preventivo, curativo, paliativo, de rehabilitación o auxiliar de una enfermedad, lesión, discapacidad o afección médica.
- Ser coherente con las normas actuales aceptadas de buena práctica médica.
- Ser el servicio más rentable que se puede proporcionar sin sacrificar la eficacia o el acceso a la atención.
- No ser principalmente para la comodidad del paciente, la familia del paciente o el proveedor.

## B. Autorización previa o aprobación previa

Habrán momentos en los que los servicios y los medicamentos necesitarán autorización previa (también llamada aprobación previa) antes de que pueda recibir ese servicio o medicamento específico. La aprobación previa es el proceso en el que un profesional de atención médica calificado revisa y determina si un servicio es médicamente necesario.

Si se aprueba la autorización previa, puede recibir el servicio o el medicamento. Se le notificará por escrito la decisión en el transcurso de 14 días calendario, o 28 días calendario si hubo una solicitud de extensión.

Si la autorización previa se deniega o se reduce en cantidad, duración o alcance, entonces la Organización de Atención Administrada no cubrirá ese servicio o medicamento. Se le notificará por escrito la decisión en el transcurso de 14 días calendario, o 28 días calendario si hubo una solicitud de extensión. Se le dará derecho a presentar una apelación para la autorización previa denegada. (Consulte la sección 10: **Reclamaciones, quejas y apelaciones**).

## 8. Administración de la utilización

---

Puede haber ocasiones en las que se requiera una autorización acelerada para evitar complicaciones de salud potencialmente graves. En estas situaciones, la Organización de Atención Administrada debe tomar su decisión en un plazo de 72 horas. Si se solicita una extensión para una autorización acelerada, la Organización de Atención Administrada tiene hasta 14 días calendario para tomar su decisión.

Consulte el **Anexo F** para conocer el Procedimiento Interno de Reclamaciones o Apelaciones de UnitedHealthcare Community Plan.

## C. Aviso de continuidad de la atención

Si actualmente recibe tratamiento y se ajusta a una de las siguientes categorías, tiene derechos especiales en Maryland.

- es nuevo en HealthChoice, o
- se cambió desde otra Organización de Atención Administrada, o
- se cambió desde el plan de beneficios para la salud de otra compañía.

Si la compañía anterior le proporcionó la autorización previa para someterse a una cirugía o recibir otros servicios, es posible que no necesite recibir la nueva aprobación de la Organización de Atención Administrada actual para proceder con la cirugía o seguir recibiendo los mismos servicios. Además, si está viendo a un médico u otro proveedor de atención médica que es participante de la compañía anterior o de la Organización de Atención Administrada, y ese proveedor no es participante de su nuevo plan, puede continuar acudiendo a él durante un período limitado de tiempo como si fuera un proveedor participante con nosotros. A continuación, se describen las reglas sobre cómo calificar para estos derechos especiales.

### **Autorización previa para servicios de atención de la salud.**

- Si anteriormente estaba cubierto por el plan de otra compañía, se puede utilizar una autorización previa para los servicios que recibió en virtud de su plan anterior a fin de satisfacer un requisito de autorización previa correspondiente a esos servicios si están cubiertos por su nuevo plan con nosotros
- Para poder utilizar la antigua autorización previa en virtud de este nuevo plan, deberá comunicarse con el Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada actual para informar que tiene una autorización previa correspondiente a los servicios y proporcionarnos una copia de la autorización previa. Su padre/madre, tutor, persona designada o proveedor de atención médica también pueden comunicarse con nosotros en su nombre acerca de la autorización previa.
- Hay un límite de tiempo que indica hasta cuándo puede utilizar esta autorización previa. Para todas las afecciones que no sean embarazo, el límite de tiempo es de 90 días o hasta que se

complete el curso de tratamiento, lo que ocurra primero. El límite de 90 días se cuenta a partir de la fecha en que comienza la cobertura en virtud del nuevo plan. Para el embarazo, el límite de tiempo incluye el embarazo y hasta la primera visita a un profesional de la salud después del nacimiento del bebé.

- Limitación del Uso de la Autorización Previa: su derecho especial a utilizar una autorización previa no se aplica a lo siguiente:
  - Servicios odontológicos
  - Servicios de salud mental
  - Servicios para trastornos por consumo de sustancias
  - Beneficios o servicios proporcionados a través del programa de cargo por servicio de Medicaid de Maryland
- Si no tiene una copia de la autorización previa, comuníquese con la compañía anterior y solicite una copia. En virtud de la ley de Maryland, la compañía anterior debe proporcionar una copia de la autorización previa dentro de los 10 días posteriores a la solicitud.

### **Derecho a utilizar proveedores no participantes**

- Si recibió servicios de un proveedor de atención médica que era un participante de la compañía anterior, y ese proveedor no es participante de su nuevo plan de salud con nosotros, es posible que pueda continuar acudiendo a él como si fuera un proveedor participante. Debe comunicarse con la Organización de Atención Administrada actual para solicitar el derecho a seguir acudiendo al proveedor no participante. Su padre/madre, tutor, persona designada o proveedor de atención médica también pueden comunicarse con nosotros en su nombre para solicitar el derecho a seguir acudiendo al profesional no participante.
- Este derecho solo se aplica si el proveedor no participante le trata por servicios cubiertos para uno de los siguientes tipos de afecciones o más:
  1. Afecciones agudas;
  2. Afecciones crónicas graves;
  3. Embarazo, o
  4. Cualquier otra afección con la que nosotros y el proveedor fuera de la red estemos de acuerdo.
- Los ejemplos de afecciones enumeradas anteriormente incluyen fracturas óseas, reemplazos articulares, ataques cardíacos, cáncer, VIH/sida y trasplantes de órganos
- Hay un límite de tiempo para el tiempo durante el que puede seguir acudiendo a un proveedor que no pertenece a la red. Para todas las afecciones que no sean embarazo, el límite de tiempo es de 90 días o hasta que se complete el curso de tratamiento, lo que ocurra primero. El límite de 90 días se cuenta a partir de la fecha en que comienza la cobertura en virtud del nuevo plan. Para el embarazo, el límite de tiempo incluye el embarazo y hasta la primera visita a un proveedor de atención médica después del nacimiento del bebé.

## 8. Administración de la utilización

---

### Ejemplo de cómo funciona el derecho a utilizar proveedores no participantes:

Se quebró el brazo mientras estaba cubierto por el plan de salud de la Compañía A y acudió a un proveedor de la red de la Compañía A que se lo enyesó. Cambió de plan de salud y ahora está cubierto por el plan de la Compañía B. El proveedor no es participante de la Compañía B. Ahora le deben retirar el yeso y usted desea ver al proveedor original que se lo colocó.

En este ejemplo, usted o su representante deben comunicarse con la Compañía B para que la Compañía B pueda pagar su reclamación como si todavía recibiera atención de un proveedor participante. Si el proveedor no participante no acepta la tarifa de pago de la Compañía B, el proveedor puede decidir no proporcionarle servicios.

- Limitación del Uso de Proveedores no Participantes: Su derecho especial a utilizar un proveedor no participante no se aplica a lo siguiente:
  - Servicios dentales;
  - Servicios de salud mental;
  - Servicios para trastornos por consumo de sustancias; o
  - Beneficios o servicios proporcionados a través del programa de cargo por servicio de Medicaid de Maryland

### Derechos de apelación:

- Si la Organización de Atención Administrada actual deniega su derecho a utilizar una autorización previa de la compañía anterior o su derecho a continuar acudiendo a un proveedor que era participante de la compañía anterior, puede apelar esta denegación al comunicarse con Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada.
- Si la Organización de Atención Administrada actual rechaza su apelación, puede presentar una reclamación ante el Programa Medicaid de Maryland si llama a la Línea de Ayuda de HealthChoice al **1-800-284-4510**.
- Si tiene alguna pregunta sobre este procedimiento, comuníquese con Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, o a través de la Línea de Ayuda de HealthChoice al **1-800-284-4510**.

### D. Coordinación de beneficios: Qué hacer si tiene otro seguro

Debe notificar a la Organización de Atención Administrada si recibió atención médica después de un accidente o una lesión. El Estado exige que las Organizaciones de Atención Administrada soliciten que otras compañías de seguros realicen el pago. Si tiene otro seguro médico, asegúrese de informar a la Organización de Atención Administrada y a su proveedor. Necesitarán el nombre de la otra póliza de seguro, el nombre del titular de la póliza y el número de membresía. El Estado realiza una verificación de las compañías de seguro para identificar a las personas que tienen Medicaid/HealthChoice y otros seguros.

Medicaid/HealthChoice no es un plan de seguro de salud complementario. Su otro seguro de salud siempre será su seguro principal, lo que significa que los proveedores participantes deben facturar primero a su otro seguro. Es probable que su seguro principal haya pagado más de la cantidad permitida por la Organización de Atención Administrada y, por lo tanto, el proveedor no puede cobrarles dinero adicional a usted ni a la Organización de Atención Administrada. Hable con Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada para comprender mejor sus opciones. Dado que es probable que otras aseguradoras tengan copagos y deducibles, en la mayoría de los casos las Organizaciones de Atención Administrada requerirán que usted utilice proveedores participantes.

### E. Servicios fuera de la red

Puede haber ocasiones en las que necesite un servicio cubierto que la red de la Organización de Atención Administrada no pueda proporcionar. Si se produce esta situación, es posible que pueda recibir este servicio de un proveedor que esté fuera de la red de la Organización de Atención Administrada (un proveedor no participante). Necesitará la autorización previa de su Organización de Atención Administrada para recibir este servicio fuera de la red. Si se le deniega la autorización previa, tendrá derecho a presentar una apelación.



## 8. Administración de la utilización

---

### F. Lista de medicamentos preferidos

Si necesita medicamentos, su Médico de Cabecera o especialista utilizará la lista de medicamentos preferidos de UnitedHealthcare Community Plan (también llamada vademécum) para recetarle medicamentos. Una lista de medicamentos preferidos es una lista de medicamentos que usted y su proveedor pueden elegir, son seguros, eficaces y ahorran costos. Si desea saber qué medicamentos están en la lista de medicamentos preferidos de la Organización de Atención Administrada, llame a Servicio al Cliente de la Organización **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, o ingrese en línea y acceda a su sitio web. Hay algunos medicamentos en la lista de medicamentos preferidos, y medicamentos que no están en la lista, que requerirán autorización previa antes de que la Organización de Atención Administrada los cubra. Si la Organización de Atención Administrada deniega la autorización previa para el medicamento, se le dará el derecho a presentar una apelación.

Puede encontrar una copia de la lista de medicamentos preferidos en el sitio web de la Organización de Atención Administrada o puede solicitar una copia impresa si llama a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

Consulte el **Anexo CII** para obtener detalles sobre los Medicamentos para Pacientes Ambulatorios, el Vademécum de Medicamentos y los Suministros Temporales.

### G. Nueva tecnología y Telesalud

A medida que surge una tecnología de atención de la salud nueva y avanzada, las Organizaciones de Atención Administrada implementan procesos para revisar y determinar si estas innovaciones se cubrirán. Cada Organización de Atención Administrada tiene su propia política sobre la revisión de nueva tecnología médica, tratamientos, procedimientos y medicamentos. Para conocer la política y el procedimiento de una Organización de Atención Administrada sobre la revisión de nuevas tecnologías para la atención de la salud, comuníquese con Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. hora del este, de lunes a viernes. Las Organizaciones de Atención Administrada deben proporcionar servicios de telesalud según sea médicamente necesario. Los servicios de telesalud utilizan tecnología de video y audio para mejorar el acceso a la atención de la salud. Proporcionar servicios de telesalud puede mejorar:

- la educación y la comprensión de un diagnóstico;
- las recomendaciones sobre el tratamiento; y
- la planificación del tratamiento.



# 9. Facturación

---

## A. Explicación de beneficios o avisos de denegación de pago

Ocasionalmente, es posible que reciba un aviso de la Organización de Atención Administrada donde se indica que la reclamación de su proveedor se pagó o denegó.

La Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o los avisos de Denegación de Pago no son una factura. Los avisos pueden incluir el tipo de servicio, la fecha del servicio, el monto facturado y el monto pagado por la Organización de Atención Administrada en su nombre. El propósito del aviso es resumir qué cargos del proveedor son un beneficio o servicio cubierto. Si cree que hay un error, como encontrar un servicio que nunca recibió, comuníquese con Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada.

Si se le copia en un aviso donde se indica que su proveedor no recibió el pago, usted no es responsable del pago. Su proveedor no debería cobrarle. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada.

## B. Qué hacer si recibe una factura

- No pague por un servicio que no sea su responsabilidad, ya que es posible que no se le reembolse. Solo los proveedores pueden recibir pagos de Medicaid o las Organizaciones de Atención Administrada. Si recibe una factura médica por un beneficio cubierto:
  - Primero: comuníquese con el proveedor que envió la factura.
  - Si le informan que usted no tenía cobertura en la fecha en que recibió atención o que la Organización de Atención Administrada no pagó, llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.
  - La Organización de Atención Administrada determinará si hubo un error o qué se debe hacer para resolver el problema.
  - Si la Organización no resuelve el problema, comuníquese con la Línea de Ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**).
- Los proveedores deben verificar la elegibilidad y facturarle a la Organización de Atención Administrada. (Si el servicio está cubierto por el Estado y no por la Organización de Atención Administrada, el Sistema de Verificación de Elegibilidad [Eligibility Verification System, EVS] les dirá a dónde deben enviar la factura).
- Con pocas excepciones, los proveedores de Medicaid y HealthChoice no pueden facturarles a los miembros. Los copagos de farmacias pequeñas y los copagos por servicios opcionales, como anteojos para adultos, son ejemplos de servicios por los que se le podría facturar.

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) 73  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

# 10. Reclamaciones, quejas y apelaciones

---

## A. Determinación adversa de beneficios, reclamaciones y quejas

### Determinación adversa de beneficios

Cualquiera de las siguientes acciones por parte de un Organización de Atención Administrada constituye una determinación adversa de beneficios:

- Denegar o limitar un servicio solicitado que cumple con la necesidad médica, idoneidad, entorno y efectividad, en función del tipo o nivel de servicio.
- Reducir, suspender o finalizar un servicio previamente autorizado.
- Denegar el pago parcial o total de un servicio (una denegación, total o parcial, de un pago por un servicio porque la reclamación no es “adecuada” no es una determinación adversa de beneficios).
- No tomar una decisión con respecto a la autorización o no prestar servicios de manera oportuna.
- No resolver una queja formal o apelación de manera oportuna.
- No permitir que los miembros que viven en un área rural con una sola Organización de Atención Administrada obtengan servicios fuera de la red.
- Rechazar la solicitud de un miembro de disputar una responsabilidad financiera, incluidos los costos compartidos, los copagos, el coseguro y otras responsabilidades financieras del miembro.

Una vez que una Organización de Atención Administrada tome una determinación adversa de beneficios, se le notificará por escrito al menos 10 días antes de que la determinación entre en vigencia. Se le dará el derecho de presentar una apelación y podrá solicitar una copia gratuita de toda la información que la Organización de Atención Administrada utilizó al tomar la determinación.

### Reclamaciones

Si no está de acuerdo con la Organización de Atención Administrada o el proveedor acerca de una determinación adversa de beneficios, esto se denomina reclamación. Algunos ejemplos de reclamaciones incluyen reducir o detener un servicio que recibe, que se le deniegue un medicamento que no esté en la lista de medicamentos preferidos o que se le deniegue una autorización previa para un procedimiento.

### Quejas

Si su reclamación se refiere a otra determinación adversa de beneficios, esto se denomina queja. Algunos ejemplos de quejas son la calidad de la atención, no poder ejercer sus derechos, no poder encontrar un médico, tener problemas para obtener una cita o no recibir un trato justo de alguien que trabaja en la Organización de Atención Administrada o en el consultorio de su médico. Consulte el **Anexo F** para conocer el Procedimiento Interno de Reclamaciones o Apelaciones de UnitedHealthcare Community Plan.

## B. Apelaciones

Si su reclamación es sobre un servicio que usted o un proveedor consideran que necesita, pero que la Organización de Atención Administrada no cubrirá, puede solicitar a la Organización que revise la solicitud nuevamente. Esta solicitud de revisión se denomina “apelación”.

Si desea presentar una apelación, debe presentarla en el transcurso de 60 días a partir de la fecha que aparece en la carta en la que dice que la Organización de Atención Administrada no cubrirá el servicio que deseaba.

Su médico también puede presentar una apelación por usted si usted firma un formulario para darle permiso. El médico no será penalizado por actuar en su nombre. Otras personas también pueden ayudarle a presentar una apelación, como un familiar o un abogado.

Cuando presente una apelación, asegúrese de informar a la Organización de Atención Administrada sobre cualquier información nueva que tenga que les ayude a tomar una decisión. La Organización de Atención Administrada le enviará una carta para informarle que recibió la apelación en el plazo de cinco días hábiles. Mientras se revisa su apelación, aún puede enviar o entregar cualquier información adicional que crea que ayudará a la Organización de Atención Administrada a tomar una decisión.

Al revisar la apelación, los revisores de la Organización de Atención Administrada:

- serán diferentes de los profesionales médicos que tomaron la decisión anterior;
- no serán subordinados de los revisores que tomaron la decisión anterior;
- tendrán los conocimientos y la experiencia clínicos adecuados para realizar la revisión;
- revisarán toda la información enviada por el miembro o representante independientemente de si esta información se envió para la decisión anterior; y
- tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de 30 días calendario.

El proceso de apelación puede tardar hasta 44 días si solicita más tiempo para presentar información o si la Organización de Atención Administrada necesita obtener información adicional de otras fuentes. La Organización le llamará y le enviará una carta en un plazo de dos días si necesita información adicional.

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) 75  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## 10. Reclamaciones, quejas y apelaciones

---

Si su médico o la Organización de Atención Administrada consideran que su apelación debe revisarse rápidamente debido a la gravedad de su afección, recibirá una decisión sobre su apelación dentro de las 72 horas.

Si no se necesita una revisión acelerada de su apelación, la Organización de Atención Administrada intentará llamarle y le enviará una carta para informarle que la apelación se revisará en un plazo de 30 días.

Si su apelación se refiere a un servicio que ya estaba autorizado, el período no ha vencido y usted ya lo estaba recibiendo, es posible que pueda seguir recibiendo el servicio mientras se revisa su apelación. Deberá comunicarse con Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, y solicitar seguir recibiendo servicios mientras se revisa su apelación. Deberá comunicarse con Servicio al Cliente en el plazo de 10 días a partir del momento en que la Organización de Atención Administrada envió el aviso de determinación o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la determinación. Si no gana la apelación, es posible que tenga que pagar los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Una vez finalizada la revisión, recibirá una carta donde se le informará la decisión. Si la Organización de Atención Administrada decide que usted no debe recibir el servicio denegado, la carta le indicará cómo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.

Si presenta una queja que:

- Es acerca de un problema médico urgente que presenta, se resolverá en un plazo de 24 horas
- Es acerca de un problema médico, pero no es urgente, se resolverá en un plazo de 5 días
- No es acerca de un problema médico, se resolverá en un plazo de 30 días

Consulte el **Anexo F** para conocer el Procedimiento Interno de Reclamaciones o Apelaciones de UnitedHealthcare Community Plan.

## C. Cómo presentar una reclamación, queja o apelación

Para presentar una reclamación o queja, puede comunicarse con Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. hora del este, de lunes a viernes. Si necesita servicios auxiliares o de intérpretes, infórmele al representante de Servicio al Cliente (los miembros con problemas de audición pueden utilizar el Servicio de Retransmisión de Maryland, **711**). Los representantes de servicio al cliente de la Organización de Atención Administrada pueden ayudarle a presentar una reclamación, queja o apelación.

**Puede solicitar presentar una apelación verbalmente o por escrito.** Puede presentar la apelación verbalmente si llama a la línea de Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada.

76 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## 10. Reclamaciones, quejas y apelaciones

---

Para presentar la apelación por escrito, la Organización de Atención Administrada le envía un formulario simple que usted completa, firma y envía por correo. La Organización también puede ayudarle a completar el formulario si necesita ayuda. También tendrá la oportunidad de dar su testimonio y argumentos fácticos a la Organización de Atención Administrada antes de la resolución de la apelación.

Consulte el **Anexo F** para conocer el Procedimiento Interno de Reclamaciones o Apelaciones de UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita una copia del procedimiento interno de reclamaciones oficiales de la Organización de Atención Administrada, llame a Servicio al Cliente de la Organización al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

### D. Proceso de reclamación o apelación del Estado

#### Obtener ayuda de la Línea de Ayuda de HealthChoice

Si tiene alguna pregunta o reclamación sobre su atención de la salud y la Organización de Atención Administrada no resolvió el problema a su entera satisfacción, puede pedir ayuda al Estado. La Línea de Ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**) está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Cuando llame a la Línea de Ayuda, puede hacer su pregunta o explicarle el problema a un miembro del personal de la Línea de Ayuda, quien:

- responderá sus preguntas;
- trabajará con la Organización de Atención Administrada para resolver su problema; o
- enviará su reclamación a un miembro del personal de enfermería de la Unidad de Resolución de Reclamaciones, quien puede:
  - pedirle a la Organización de Atención Administrada que proporcione información sobre su caso en un plazo de cinco días;
  - trabajar con su proveedor y la Organización de Atención Administrada para ayudarle a obtener lo que necesita;
  - ayudarle a obtener más servicios comunitarios, si es necesario; o
  - proporcionar orientación sobre el proceso de apelación de la Organización de Atención Administrada y cuándo puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.

#### Pedir al Estado que revise la decisión de la Organización de Atención Administrada

Si usted apeló la decisión inicial de la Organización de Atención Administrada y recibió una denegación por escrito, tiene la oportunidad de que el Estado revise la decisión.

Puede comunicarse con la Línea de Ayuda de HealthChoice al **1-800-284-4510** e informar al representante que desea apelar la decisión de la Organización de Atención Administrada. La

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) 77  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## 10. Reclamaciones, quejas y apelaciones

---

solicitud se enviará a un miembro del personal de enfermería de la Unidad de Resolución de Reclamaciones. La Unidad intentará resolver el problema con nosotros en un plazo de 10 días hábiles. Si no se puede resolver en 10 días hábiles, se comunicará con usted y le proporcionará más opciones.

Cuando la Unidad de Resolución de Reclamaciones haya terminado de trabajar en su solicitud, le notificará los hallazgos.

- Si el Estado cree que la Organización de Atención Administrada debe proporcionar el servicio solicitado, puede solicitarle que se le proporcione.
- Si el Estado cree que la Organización de Atención Administrada no tiene que prestarle el servicio, se le informará que el Estado está de acuerdo con la Organización.
- Si no está de acuerdo con la decisión del Estado, tendrá una nueva oportunidad de solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.

### Audiencias Imparciales

Para apelar la decisión de la Organización de Atención Administrada, debe solicitar que el Estado presente un aviso de apelación ante la Oficina de Audiencias Administrativas en su nombre. La solicitud de una Audiencia Imparcial Estatal debe presentarse a más tardar 120 días después de la fecha del aviso de resolución de apelación de la Organización. La Oficina de Audiencias Administrativas establecerá una fecha para la audiencia en función del tipo de decisión que se apela.

Si la Oficina de Audiencias Administrativas falla en su contra, puede apelar ante el Tribunal de Circuito.

### Servicios continuos durante la Audiencia Imparcial

Hay ocasiones en las que es posible que pueda seguir recibiendo un servicio mientras el Estado revisa la Audiencia Imparcial. Esto puede suceder si la Audiencia Imparcial es sobre un servicio que ya estaba autorizado, el período de tiempo para la autorización no venció y usted ya recibía el servicio. Llame a la Línea de Ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**) para obtener más información. Si no gana la Audiencia Imparcial, es posible que tenga que pagar los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

## E. Resoluciones de apelación revertidas

Si el Estado revierte una denegación, terminación, reducción o demora en servicios que no se proporcionaron durante el proceso de apelación, la Organización de Atención Administrada tendrá que proporcionar los servicios a más tardar 72 horas después de la fecha en que reciba el aviso de apelación revertida.

78 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## 10. Reclamaciones, quejas y apelaciones

---

Si la Organización de Atención Administrada revierte una denegación, terminación, reducción o demora en servicios que un miembro recibía durante el proceso de apelación o audiencia imparcial, la Organización de Atención Administrada pagará los servicios recibidos durante el proceso de apelación o audiencia imparcial.

Si necesita apelar un servicio cubierto por el Estado, siga las instrucciones proporcionadas en la carta de determinación adversa.

### F. Hacer sugerencias para cambios en políticas y procedimientos

Si tiene una idea sobre maneras de mejorar un proceso o desea informar un tema a la Organización de Atención Administrada, llame a Servicio al Cliente de la Organización al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes. Las Organizaciones de Atención Administrada están interesadas tanto en recibir noticias tuyas como en maneras de mejorar su experiencia de atención de la salud.

Cada Organización de Atención Administrada debe tener una junta de asesoramiento al consumidor. El rol de la junta es proporcionar información a los miembros de la Organización. La junta está formada por miembros, familias de miembros, tutores, cuidadores y representantes de los miembros que se reúnen regularmente durante todo el año. Si desea obtener más información sobre la junta de asesoramiento al consumidor, llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

Es posible que se comuniquen con usted en relación con los servicios que recibe de la Organización de Atención Administrada. Si se comunican con usted, proporcione información precisa, ya que esto ayuda a determinar el acceso y la calidad de la atención proporcionada a los miembros de HealthChoice.



# 11. Cambiar su Organización de Atención Administrada

---

## A. Reglas de 90 días

- La primera vez que se inscribe en el **Programa HealthChoice** tiene una oportunidad de solicitar el cambio de Organización de Atención Administrada. Debe realizar esta solicitud dentro de los **primeros 90 días**. Puede realizar este cambio único incluso si seleccionó originalmente la Organización de Atención Administrada.
- Si está fuera de la Organización durante más de 120 días y el Estado le asignó automáticamente la Organización de Atención Administrada, puede solicitar el cambio de Organización. Debe realizar esta solicitud en un plazo de **90 días**.

## B. Una vez cada 12 meses

Puede cambiar de Organización de Atención Administrada si estuvo con la misma durante 12 meses o más.

## C. Cuándo hay un motivo aprobado para cambiar de Organización de Atención Administrada

Puede cambiar de Organización de Atención Administrada y unirse a otra cerca de donde vive por cualquiera de los siguientes motivos en cualquier momento:

- Si se muda a otro condado donde su Organización de Atención Administrada actual no ofrece atención.
- Si se queda sin hogar y descubre que hay otra Organización más cerca de donde vive o se hospeda, lo que facilitaría llegar a las citas.
- Si usted o algún miembro de su familia tienen un médico en una Organización de Atención Administrada diferente y el miembro adulto desea mantener a todos los miembros de la familia juntos en la misma. (Esto no se aplica a los recién nacidos, ya que durante los primeros 90 días deben permanecer en la Organización de Atención Administrada en la que estuvo la madre en el momento del parto).



## 11. Cambiar su Organización de Atención Administrada

---

- Si tiene un hijo en cuidado tutelar en su casa y usted o los miembros de su familia reciben atención por parte de un médico en una Organización de Atención Administrada diferente a la del niño, es posible cambiarlo a la Organización de Atención Administrada de la familia de cuidado tutelar.
- Si la Organización rescinde el contrato con su Médico de Cabecera por motivos distintos a los indicados a continuación, el estado le notificará.
  - su Organización de Atención Administrada fue adquirida por otra,
  - el proveedor y la Organización de Atención Administrada no pueden acordar un contrato por ciertos motivos financieros, o
  - la calidad de la atención.

### D. Cómo cambiar su Organización de Atención Administrada

Comuníquese con Maryland Health Connection (**1-855-642-8572**). Tenga en cuenta lo siguiente:

- Las Organizaciones de Atención Administrada no pueden autorizar cambios. Solo el Estado puede cambiar su Organización de Atención Administrada.
- Si está hospitalizado o en un centro de enfermería, es posible que no se le permita cambiar de Organización de Atención Administrada.
- Si pierde la elegibilidad para Medicaid pero se le aprueba nuevamente en el transcurso de 120 días, se inscribirá automáticamente con la misma Organización de Atención Administrada que tenía antes de perder la elegibilidad.

# 12. Informar hechos de fraude, malgasto y abuso

---

## A. Tipos de fraude, malgasto y abuso

El fraude a Medicaid es el engaño o la tergiversación intencional por parte de una persona que es consciente de que esta acción podría dar lugar a un beneficio no autorizado para sí misma o para otros. El malgasto es el uso excesivo o inapropiado de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de causar costos innecesarios al programa Medicaid. El fraude, el malgasto y el abuso requieren informes inmediatos y pueden ocurrir en todos los niveles del sistema de atención de la salud. Algunos ejemplos de fraude, malgasto y abuso a Medicaid incluyen, entre otros:

- Ejemplos de miembros:
  - Informar falsamente sus ingresos o activos para calificar para Medicaid
  - Vivir permanentemente en otro estado mientras recibe los beneficios de Medicaid de Maryland
  - Prestar su tarjeta de identificación de miembro o utilizar la tarjeta de identificación de otro miembro para obtener servicios de salud
  - Vender o hacer cambios en un medicamento con receta
- Ejemplos de proveedores:
  - Proporcionar servicios que no son médicamente necesarios
  - Facturar servicios que no se prestaron
  - Facturar varias veces el mismo servicio
  - Alterar los registros médicos para ocultar la actividad fraudulenta

### B. Cómo informar de fraude, malgasto y abuso

Si sospecha o tiene conocimiento de fraude, malgasto o abuso, informe al respecto inmediatamente. Informar fraude, malgasto y abuso no afectará la manera en que la Organización de Atención Administrada le tratará. Tiene la opción de permanecer en el anonimato cuando informa al respecto. Proporcione tanta información como sea posible; esto ayudará a quienes investiguen el informe. Existen varias maneras de informar casos de fraude, malgasto y abuso. Consulte las siguientes opciones:

- Llame a Servicio al Cliente de la Organización de Atención Administrada al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, o escriba una carta a la Organización de Atención Administrada
- Comuníquese con el Departamento de Salud de Maryland, Oficina del Inspector General
  - **1-866-770-7175**
  - [http://dhmh.maryland.gov/oig/Pages/Report\\_Fraud.aspx](http://dhmh.maryland.gov/oig/Pages/Report_Fraud.aspx)
- Comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina del Inspector General
  - **1-800-447-8477**
  - <https://oig.hhs.gov/fraud/report-fraud/index.asp>

## Anexo A: Información de contacto de la Organización de Atención Administrada

<b>UnitedHealthcare Community Plan</b>	
Servicio al Cliente	<b>1-800-318-8821</b> , TTY <b>711</b> , de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.
Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana	<b>1-877-440-0251</b> , TTY <b>711</b>
Sitio web	<a href="http://UHCCommunityPlan.com">UHCCommunityPlan.com</a> o <a href="http://myuhc.com/CommunityPlan">myuhc.com/CommunityPlan</a>
Portal de Miembros en Línea	<a href="http://myuhc.com/CommunityPlan">myuhc.com/CommunityPlan</a>
Coordinador de No Discriminación	Civil Rights Coordinator UnitedHealthcare Civil Rights Grievance P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130 <a href="mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com">UHC_Civil_Rights@uhc.com</a>
Dirección de reclamaciones, quejas, apelaciones	UnitedHealthcare Member Appeals P.O. Box 31364 Salt Lake City, UT 84131
Dirección para Informes de Fraude y Abuso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UnitedHealth Group cuenta con una línea telefónica gratuita que da servicio las 24 horas, que se llama Línea de Ayuda para el Cumplimiento, y puede comunicarse al <b>1-800-455-4521</b>. Las personas que llamen pueden mantenerse en el anonimato.</li> <li>• Llame a la Línea Directa de Fraude de HealthChoice al <b>1-866-770-7175</b></li> <li>• En línea en <a href="http://dhmh.maryland.gov/oig/Pages/Report_Fraud.aspx">http://dhmh.maryland.gov/oig/Pages/Report_Fraud.aspx</a>, luego haga clic en “Report Fraud” (Informar fraude)</li> <li>• Escriba a: Maryland Department of Health Office of the Inspector General 201 W. Preston Street Baltimore, MD 21201 o por fax al <b>410-333-7194</b></li> </ul>

84 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

# 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<sup>1</sup>, 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](http://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 médica 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.
- **Para operaciones de atención de la salud.** Podemos recomendar un programa de bienestar o

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) 85  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## Anexo B: Aviso de Prácticas de Privacidad

---

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 inscripciones 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 familiar 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.

- **Para Indemnización de los Trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Para estudiar enfermedades o discapacidades.
- **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 de salud, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información de salud que se enumera a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.
  1. Abuso de alcohol y sustancias
  2. Información biométrica
  3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
  4. Enfermedades contagiosas
  5. Información genética
  6. VIH/sida
  7. Salud mental
  8. Información de menores
  9. Medicamentos recetados
  10. Salud reproductiva
  11. Enfermedades de transmisión sexual

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.

## Anexo B: Aviso de Prácticas de Privacidad

---

### Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para tratamientos, pagos u operaciones de 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 de salud.
- **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 médica 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](http://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**.



## Anexo B: Aviso de Prácticas de Privacidad

---

- **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.** No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

<sup>1</sup> 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<sup>2</sup> protegemos su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal es información no médica. Le 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.

### 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**.

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

## Anexo C: Servicios adicionales ofrecidos por UnitedHealthcare Community Plan

Beneficio	De qué se trata	Quién puede recibir este beneficio	Limitaciones
Atención de la vista	<p><b>Anteojos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miembros de 21 años o más: un par de anteojos cada dos años</li> <li>• Lentes de contacto si hay un motivo médico por el que los anteojos no funcionan</li> </ul>	Adultos de 21 años o más.	<p>Beneficio máximo de \$150 para marcos.</p> <p>Más de un par de anteojos al año, a menos que se pierdan, los roben, se rompan o se necesite una nueva receta.</p> <p>No cubierto para ningún miembro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes con tinte</li> <li>• Lentes de gran tamaño</li> <li>• Lentes de seguridad</li> </ul>
NurseLine	<p>Si no puede llamar a su Médico de Cabecera, llame a la línea NurseLine de UnitedHealthcare durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede hablar con un miembro del personal de enfermería, de día o de noche, para recibir asesoramiento sobre sus problemas médicos. El miembro del personal de enfermería también puede ayudarle a decidir si puede esperar para ver a su Médico de Cabecera o si debe buscar atención inmediata.</p> <p>Llame al número gratuito de NurseLine al <b>1-877-440-0251</b>.</p>	Todos los inscritos.	

## Anexo C: Servicios adicionales ofrecidos por UnitedHealthcare Community Plan

Beneficio	De qué se trata	Quién puede recibir este beneficio	Limitaciones
<b>Equipo de Atención Integral de la Persona</b>	<p>Un Trabajador de Salud Comunitaria (Community Health Worker, CHW) no clínico puede comunicarse con los miembros para proporcionar apoyo por teléfono y a través de visitas a domicilio.</p> <p>El Trabajador de Salud Comunitaria ayuda a los miembros a comprender cómo usar mejor los beneficios de atención de la salud, obtener acceso a la atención, identificar barreras para la atención, prepararse para la próxima visita al médico y facilitar el acceso a los recursos comunitarios.</p>	<p>Todos los inscritos cuando sea médicamente necesario.</p>	
<b>Tratamiento para la Pérdida de Peso</b>	<p>Tratamientos médicamente necesarios y adecuados para la obesidad mórbida.</p>	<p>Todos los inscritos cuando sea médicamente necesario.</p>	<p>Debe ser médicamente necesario.</p>

# Beneficios en pocas palabras

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene a su disposición una variedad de beneficios y servicios de atención de la salud. Esta es una breve descripción general. Encontrará una lista completa en la sección Beneficios.

### Servicios de atención primaria

Usted tiene cobertura para todas las visitas a su Médico de Cabecera (PCP). Su Médico de Cabecera es el principal médico al que acudirá para la mayor parte de su atención de la salud. Esto incluye chequeos, tratamiento para resfríos y gripe, inquietudes sobre la salud, evaluaciones de salud y referidos para que acuda a algunos especialistas.

### Amplia red de proveedores

Puede elegir cualquier Médico de Cabecera de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias, y le da gran cantidad de opciones para la atención de la salud. Encuentre una lista completa de proveedores de la red en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

### Servicios especiales

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son médicos o personal de enfermería altamente capacitados para tratar ciertas afecciones. Es posible que primero necesite un referido de su Médico de Cabecera.

### Medicamentos

Revise la lista de medicamentos con receta cubiertos en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) al hacer clic en “Pharmacy Information” (Información de farmacias) o llame al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

### Servicios de hospital

Usted tiene cobertura para estadías en el hospital. También tiene cobertura para servicios ambulatorios. Estos son servicios que usted recibe en el hospital sin pasar allí la noche.

### Atención de urgencia

Usted está cubierto por atención de urgencia. Para encontrar un centro de atención de urgencia, visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) y haga clic en “Find Physician, Laboratory, or Facility” (Buscar médico, laboratorio o centro) debajo de “Links and Tools” (Enlaces y herramientas) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. hora del este, de lunes a viernes.

### **Servicios de laboratorio**

Los servicios cubiertos incluyen pruebas y radiografías que ayudan a encontrar la causa de una enfermedad.

### **Visitas de bienestar del niño**

Todas las visitas de bienestar del niño y las inmunizaciones están cubiertas por su plan.

### **Atención de maternidad y embarazo**

Usted tiene cobertura para las visitas al médico antes y después del nacimiento de su bebé. Esto incluye las estadías en el hospital. En caso de que sea necesario, también cubrimos las visitas domiciliarias después del nacimiento del bebé.

### **Planificación familiar**

Tiene cobertura para los servicios que le ayuden a gestionar el momento del embarazo. Estos incluyen productos y procedimientos anticonceptivos.

### **Atención de la vista**

Sus beneficios de la vista incluyen exámenes de la vista de rutina y anteojos.

### **Atención odontológica**

Los servicios odontológicos son proporcionados por el Programa Maryland Healthy Smiles.

Puede ver e imprimir su tarjeta de identificación en Internet en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

# Administre su información de atención de la salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en [myuhc.com](https://myuhc.com).

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted está a solo un clic de todo lo que necesita para hacerse cargo de sus beneficios de salud. Regístrese en [myuhc.com](https://myuhc.com). Las herramientas y las nuevas características pueden ahorrarle tiempo y ayudarlo a mantenerse saludable. Registrarse en el sitio es gratuito.

### Muy buenas razones para usar [myuhc.com](https://myuhc.com)

- Buscar beneficios
- Encontrar un Médico de Cabecera
- Imprimir una tarjeta de identificación de UnitedHealthcare
- Encontrar un hospital
- Ver historial de reclamaciones
- Realizar un seguimiento de su historial médico, recetas y mucho más, en su Registro Personal de Salud

### Aprender a mantenerse saludable

- Mejorar su salud realizándose una Evaluación de Salud en línea
- Hablar con personal de enfermería en tiempo real

### Regístrese en [myuhc.com](https://myuhc.com) hoy mismo.

Registrarse es fácil y rápido. ¡Inscríbase hoy! Simplemente visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). Seleccione “Register” (Registrarse) en la página de inicio y siga las sencillas instrucciones. Usted está a solo unos pocos clics de acceder a todo tipo de información. Obtenga más de su atención de la salud.



### Aplicación móvil UnitedHealthcare®

Está diseñada para personas que se encuentran fuera del hogar e incluye muchas de las mismas características que el sitio web para miembros. Está disponible para tabletas y teléfonos inteligentes Apple® o Android®. La aplicación móvil de UnitedHealthcare le permite hacer lo siguiente:

- Encontrar un médico, una sala de emergencias, un centro de atención de urgencia o una farmacia cerca de usted
- Ver en su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare
- Leer su manual
- Conocer nuestros beneficios
- Comunicarse con Servicio al Cliente y NurseLine
- Obtener más información sobre los recursos comunitarios y los servicios sociales en su área

Descargue la aplicación móvil de UnitedHealthcare hoy mismo. Úsela para conectarse con su plan de salud dondequiera que esté y cuando lo desee.

Use la identificación del grupo: MDCAID para registrarse.



# Medicamentos para pacientes ambulatorios y vademécum de medicamentos

UnitedHealthcare Community Plan cubre los beneficios de farmacia que incluyen medicamentos para pacientes ambulatorios, es decir, medicamentos que no recibe en el hospital. Los medicamentos para pacientes ambulatorios incluyen medicamentos con receta, medicamentos de venta libre y vitaminas con receta médica.

### Medicamentos con receta

Cuando un proveedor le receta un medicamento, puede llevar la receta a cualquier farmacia que esté en la red de UnitedHealthcare Community Plan. Deberá tener con usted su tarjeta de identificación para medicamentos con receta de UnitedHealthcare Community Plan.

UnitedHealthcare Community Plan pagará cualquier medicamento incluido en el vademécum de medicamentos de UnitedHealthcare Community Plan, y puede pagar otros medicamentos si están autorizados previamente. Su receta o la etiqueta de su medicamento le indicarán si su médico solicitó resurtidos de la receta y cuántos resurtidos puede obtener. Si su médico solicitó resurtidos, es posible que solo obtenga uno a la vez. Si tiene preguntas sobre si un medicamento con receta está cubierto, necesita ayuda para encontrar una farmacia en la red de UnitedHealthcare Community Plan o tiene alguna otra pregunta, llame al Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de **8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes**.

Los adultos de 21 años o más tienen un copago de \$1 por medicamentos genéricos y \$3 por medicamentos de marca. Los niños, las miembros embarazadas, los miembros en un centro de cuidados paliativos y los indígenas estadounidenses no tienen copago. Encuentre la lista de medicamentos cubiertos en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) y haga clic en “Pharmacy Information” (Información de farmacias).

### Autorización previa de medicamentos para pacientes ambulatorios

Si el medicamento no está en el vademécum, su proveedor de atención puede solicitar una autorización previa para que usted pueda obtenerlo. UnitedHealthcare Community Plan tiene 24 horas desde el momento en que recibe la solicitud para aprobarla o denegarla. Si se deniega la solicitud, se les informará sobre la decisión por escrito. El aviso por escrito sobre la decisión se le explicará cómo y cuándo apelar esta decisión, presentar una reclamación o queja ante UnitedHealthcare Community Plan o solicitarle a la Línea de Ayuda de HealthChoice que revise nuestra decisión.

### Beneficio de suministro para 90 días

Su plan ahora le permite obtener un suministro de 90 días de medicamentos seleccionados en la farmacia minorista. Con un suministro para 90 días, usted no necesitará obtener un resurtido de sus recetas todos los meses. Si ahora paga un copago por su medicamento, solo pagará un copago para un suministro de 90 días. Hable con su médico para ver si sus medicamentos están incluidos en el beneficio;

98 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

su médico puede hacer una nueva receta para un suministro de 90 días del mismo medicamento que está tomando ahora. Para obtener más información, hable con su médico, farmacia, o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

### Farmacia especializada

Hay ciertos medicamentos que se consideran medicamentos especializados. Un medicamento especializado se utiliza para tratar una afección difícil y crónica. Este medicamento es suministrado en una farmacia especializada y, por lo general, no en una farmacia minorista. Tiene derecho a cambiar esta farmacia especializada a otra farmacia participante. Llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, para obtener ayuda para encontrar una farmacia participante o visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) y haga clic en “Pharmacy Locator” (Localizador de farmacias).

### Suministros temporales

Si va a una farmacia para surtir una receta y esta no se puede surtir porque necesita autorización previa, el farmacéutico le dará un suministro temporal a menos que considere que el medicamento será perjudicial para usted. Si todavía no tomó el medicamento, recibirá un suministro para 3 días. Su proveedor de todos modos deberá solicitar autorización previa a UnitedHealthcare Community Plan lo antes posible.

Necesita una receta emitida por su proveedor de atención o especialista para obtener su medicamento. Muchos medicamentos genéricos de venta libre tienen cobertura siempre y cuando tenga una receta. Llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, para obtener ayuda para encontrar una farmacia participante o visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) y haga clic en “Pharmacy Locator” (Localizador de farmacias).

Usted será responsable de pagar ese medicamento, excepto cuando:

- UnitedHealthcare Community Plan haya aprobado con anticipación que usted obtenga la receta y no se cumplan los requisitos de aprobación previa (autorización previa), o
- el proveedor que emite la receta y la farmacia sean proveedores de Medicaid, o
- el proveedor que emite la receta y la farmacia sean sus proveedores para otro seguro que tenga.

## Información sobre su Médico de Cabecera y sus especialistas

Puede encontrar información sobre los Médico de Cabecera y especialistas de la red, como nombre, número de teléfono, calificaciones, especialidad, escuela de medicina a la que asistió, residencia completada y estado de certificación de la junta, certificaciones de la junta e idiomas que hablan en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o si llama a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) 99  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

### Si recibe una factura por servicios

Los hospitales y médicos no les pueden enviar facturas a los miembros por servicios cubiertos. Si recibe una factura, llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes. Un representante trabajará con usted para saber si tiene que pagar la factura o si debe enviárnosla a:

UnitedHealthcare Claims Department  
P.O. Box 31365  
Salt Lake City, UT 84131-0365

Conserve una copia de la factura. Revisaremos estas facturas para asegurarnos de que los servicios sean beneficios cubiertos. Si están cubiertos, le pagaremos al proveedor de atención médica de inmediato. Es posible que deba pagar las facturas médicas si recibe tratamiento de proveedores que no forman parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan.

### Requisitos de referido a especialistas

Su Médico de Cabecera (PCP) puede referirle a un especialista para que le brinde la atención adicional que necesita. Esto se denomina referido. Un especialista es un médico que se especializa en un área de atención específica. Necesitará un referido de su Médico de Cabecera antes de visitar a la mayoría de los especialistas. Su Médico de Cabecera deberá obtener un número de referido de UnitedHealthcare. Necesitará el número de referido de su Médico de Cabecera para programar una cita con el especialista.

#### ¿Todos los proveedores o los servicios especializados requieren un referido?

Algunos servicios son de autoreferido para los que no necesitará un referido, entre ellos:

- Servicios de emergencia en una sala de emergencias o un hospital, dentro o fuera de la red
- Visitas de atención urgente
- Atención de la salud de rutina para mujeres, mamografías de detección, pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos
- Atención prenatal
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de diálisis renal de un centro de diálisis certificado

También podrá obtener los siguientes servicios dentro de la red sin un referido de su Médico de Cabecera:

- Alergia e Inmunología
- Quiropráctico

100 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- Medicina física y rehabilitación/fisiatra
- Audiología
- Medicamentos y Cuidados Paliativos
- Medicina pulmonar
- Servicios obstétricos y ginecológicos
- Exámenes de la vista de rutina, anteojos o lentes de contacto
- Cuidado del pie diabético por un podólogo
- Servicios de atención médica domiciliaria, como equipo médico duradero (DME)
- Servicios de laboratorio y radiología con la orden médica adecuada

## Sí a una buena salud

¡Usted marca la diferencia! Puede trabajar con su médico para marcar la diferencia en su salud. Pregúntele a su médico qué puede hacer para vivir una vida más saludable y sentirse mejor. Si no se siente cómodo haciéndolo, invite a alguien en quien confíe para que hable con su médico por usted. Exprese cómo se siente con respecto a su plan de tratamiento actual. Si NO está tomando su medicamento o no desea realizar un tratamiento determinado, hable con su médico o comuníquese con la línea NurseLine al 877-440-0251 hoy mismo. El personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su médico puede ayudarle a encontrar otra opción que funcione para usted. Infórmele a su médico todos los síntomas, cambios y posibles efectos secundarios. Cada síntoma y cada cambio son importantes. Es importante algo tan simple como una tos leve o sentir picazón después de tomar el medicamento.

## Equipo de comunicación de asistencia

Los residentes de Maryland que sean sordos, tengan dificultades auditivas, sean ciegos o tengan limitaciones en las capacidades del habla, de la movilidad o cognitivas podrían calificar para recibir equipos telefónicos de asistencia o una tableta sin cargo a través del Programa de Telecomunicaciones de Maryland de Maryland Relay. Para obtener más información y solicitarla, visite <http://doit.maryland.gov/mdrelay/pages/Equipment.aspx>. O bien, llame a Maryland Relay al 1-800-552-7724.

## Anexo D: Atención de miembros embarazadas

---

Cuando está embarazada, es muy importante que reciba atención médica de su Médico de Cabecera o de un obstetra/ginecólogo. Esto se llama atención prenatal. UnitedHealthcare ofrece programas prenatales para apoyar a las mujeres durante el embarazo e información para ayudar a garantizar que su bebé esté sano.

### Si cree que puede estar embarazada:

- Llame a su Médico de Cabecera u obstetra/ginecólogo de inmediato para programar una visita. No necesita un referido para visitar a su obstetra/ginecólogo.
- Si necesita ayuda para encontrar un ginecólogo/obstetra participante, llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.
- Llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare y díganos a quién acudirá para recibir atención prenatal. Le enviaremos información sobre los servicios relacionados con el embarazo para los cuales cumple los requisitos.

### Programas de apoyo durante el embarazo:

- Nuestro programa Healthy First Steps proporciona a las miembros embarazadas información y recursos para ayudar a garantizar un embarazo saludable, incluidos consejos nutricionales, transporte para las visitas al médico y suministros para las nuevas mamás. Las mujeres embarazadas y las nuevas mamás pueden obtener recompensas por ir al médico. Para obtener más información sobre cómo inscribirse, visite [UHCHealthyFirstSteps.com](https://www.uhc.com/HealthyFirstSteps) o llame al 1-800-599-5985.
- Wellhop for Mom & Baby es un nuevo programa para miembros que están embarazadas que les permite conectarse con otras futuras mamás para obtener apoyo durante su embarazo y después del nacimiento del bebé. Las reuniones se realizan por Zoom. Cada grupo tiene un líder con experiencia en embarazo y salud posparto. Las participantes del grupo tienen más o menos la misma fecha de parto. Eso significa que las mujeres embarazadas atraviesan juntas el embarazo. Para inscribirse, descargue la aplicación Wellhop for Mom & Baby o visite [momandbaby.wellhop.com](https://momandbaby.wellhop.com).
- Text4baby es un servicio gratuito que le recuerda los hitos importantes durante su embarazo y el primer año de vida de su bebé. Para inscribirse, simplemente envíe un mensaje de texto con la palabra BABY al 511411 y utilice el código de participante HFS.

### Cuando tenga un bebé:

- Llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, para que podamos asegurarnos de que su bebé esté inscrito en nuestro plan y ayudarlo a programar una visita con un pediatra de la red si aún no tiene uno.
- Programe sus visitas de seguimiento posparto con su Médico de Cabecera u obstetra/ginecólogo. Es igual de importante recibir atención médica después de dar a luz que durante el embarazo.

102 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

## Anexo E: Programas de educación sobre la salud

---

La misión del Programa de Educación sobre la Salud de UnitedHealthcare es mantenerlo saludable al proporcionar información útil de diferentes maneras:

- materiales de educación sobre la salud,
- eventos de la comunidad,
- sitio web para miembros, y
- boletines informativos para miembros.

Hay información sobre asma, diabetes, presión arterial alta y otras afecciones crónicas que puede resultarle útil. También hay información sobre la atención de bienestar. Esto es para ayudarle con maneras de comer mejor, mantenerse activo y visitar a su Médico de Cabecera todos los años.

Nuestro Educador sobre la Salud trabaja con proveedores de atención médica, agencias comunitarias y otras personas de su comunidad para asegurarse de que la información esté disponible y sea fácil de leer. Nuestro objetivo es que lleve una vida más saludable.

Visite nuestra página web para miembros en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) y considere descargar la aplicación móvil gratuita de UnitedHealthcare. Use la identificación del grupo MDCAID para registrarse en la aplicación. Llame al **1-855-817-5624** para obtener más información sobre cómo mantenerse saludable.

### **Supervisión de servicios de salud de calidad**

Usted y su salud son importantes para nosotros. Es por eso que UnitedHealthcare Community Plan toma medidas para asegurarse de que usted y su familia se mantengan saludables al recibir atención de la salud de alta calidad. Hacemos llamadas y enviamos cartas de recordatorio para ayudarle a programar y mantener las citas con el proveedor. También revisamos y medimos lo bien que nos está yendo en lo que respecta a la atención sobre temas importantes de salud como la diabetes y la presión arterial alta o las vacunas para sus hijos.

### **Otras áreas que son importantes para nosotros porque son importantes para usted son las siguientes:**

- Garantizar que haya suficientes proveedores principales y especializados en su comunidad
- Promover programas de seguridad del paciente
- Proporcionar programas de información y educación sobre la salud

## Anexo F: Procedimiento interno de reclamaciones o apelaciones de UnitedHealthcare Community Plan

---

Si tiene una reclamación, puede comunicarse con nosotros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

Las solicitudes de un intérprete para miembros que no hablen inglés deben dirigirse a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.

## Apelaciones

Si su reclamación es sobre un servicio que usted o un proveedor consideran que necesita, pero que no cubriremos, puede solicitarnos que revisemos la solicitud nuevamente. Esto se llama apelación.

Si desea presentar una apelación, debe presentarla en el transcurso de 60 días a partir de la fecha que aparece en la carta en la que dice que no cubriremos el servicio que deseaba.

Puede solicitar presentar una apelación verbalmente o por escrito. Simplemente llame al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, para solicitar una. Le enviaremos por correo o fax el formulario de apelación y le brindaremos asistencia si necesita ayuda para completarlo.

Una vez que complete el formulario, debe enviarlo por correo a:

UnitedHealthcare Member Appeals  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131

Su médico también puede presentar una apelación por usted si usted firma un formulario para darle permiso. Otras personas también pueden ayudarle a presentar una apelación, como un familiar o un abogado.

Cuando presente una apelación, asegúrese de informarnos sobre cualquier información nueva que tenga que nos ayude a tomar una decisión. Le enviaremos una carta para informarle que recibimos la apelación en el plazo de 5 días hábiles. Mientras se revisa su apelación, aún puede enviar o entregar cualquier información adicional que crea que nos ayudará a tomar una decisión.

Al revisar su apelación, haremos lo siguiente:

- Utilizaremos médicos que conozcan el tipo de enfermedad que tiene.
- No utilizaremos a las mismas personas que denegaron su solicitud de servicio.
- Tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de 30 días calendario.

El proceso de apelación puede tardar hasta 44 días si solicita más tiempo para presentar información o si necesitamos obtener información adicional de otras fuentes. Le llamaremos y le enviaremos una carta en un plazo de dos días si necesitamos información adicional.

104 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.



## Anexo F: Procedimiento interno de reclamaciones o apelaciones de UnitedHealthcare Community Plan

---

Si su médico o UnitedHealthcare consideran que su apelación debe revisarse rápidamente debido a la gravedad de su afección, recibirá una decisión sobre su apelación dentro de las 72 horas.

Si no consideramos que la apelación necesita una revisión acelerada, intentaremos llamarle y enviarle una carta para informarle que la apelación se revisará en un plazo de 30 días.

Si su apelación se refiere a un servicio que ya estaba autorizado y usted ya lo estaba recibiendo, es posible que pueda seguir recibiendo el servicio mientras se revisa su apelación. Llámenos al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, si desea seguir recibiendo servicios mientras se revisa su apelación. Si no gana la apelación, es posible que tenga que pagar los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Una vez que completemos nuestra revisión, le enviaremos una carta donde se le informará nuestra decisión. Si decidimos que usted no debe recibir el servicio denegado, la carta le indicará cómo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.

## Quejas

Si su reclamación se refiere a otra denegación, esto se denomina queja. Algunos ejemplos de quejas serían no poder encontrar un médico, tener problemas para obtener una cita o no recibir un trato justo de alguien que trabaja en UnitedHealthcare Community Plan o en el consultorio de su médico.

Si su queja:

- Es acerca de un problema médico urgente que presenta, se resolverá en un plazo de 24 horas
- Es acerca de un problema médico, pero no es urgente, se resolverá en un plazo de 5 días
- No es acerca de un problema médico, se resolverá en un plazo de 30 días

Si desea obtener una copia de nuestro procedimiento de reclamaciones oficiales o si necesita ayuda para presentar una reclamación, llame al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes.



# Su Vida, Sus Decisiones

## *Hoja de Información sobre Directivas Anticipadas*

Independientemente de su edad o estado de salud, si sufre una crisis médica, podría quedar demasiado enfermo o lesionado para comunicar decisiones relacionadas con la atención de la salud. Pensar en los tipos de tratamiento que le gustaría recibir y en sus posibles resultados es importante antes de que ocurra una crisis médica. Converse al respecto con sus familiares, amigos, proveedores de atención médica, un abogado o un consejero religioso.

### **CONVERSE SOBRE LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ATENCIÓN**

La planificación anticipada de la atención es una conversación continua con personas en las que confía para hablar acerca de sus preferencias personales y decisiones que podría ser necesario tomar ante una crisis médica, no solo para la atención al final de la vida. La planificación anticipada de la atención requiere una consideración atenta de sus valores, creencias religiosas, preferencias de tratamiento y resultados aceptables, que se documentan en una directiva anticipada o en un formulario de Órdenes Médicas Relacionadas con el Tratamiento de Prolongación de la Vida (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST). Una directiva anticipada no es lo mismo que un formulario MOLST; para obtener más información sobre el formulario MOLST de Maryland, visite [marylandmolst.org](http://marylandmolst.org). Estas conversaciones le permiten dejar en claro sus deseos para que se respeten en el caso de que tenga capacidad limitada o incapacidad para tomar decisiones por su cuenta. Esto alivia la carga para la familia y los seres queridos, y ayuda a prevenir conflictos con respecto a su atención. Es importante que elija a una persona que hable en su nombre; en Maryland, esta persona se llama agente de atención de la salud. Si no designa a un agente de atención de la salud, se designará por ley a su familiar más cercano para que tome decisiones por usted si no puede comunicarse por su cuenta.

### **DOCUMENTE LA DIRECTIVA ANTICIPADA**

Tiene la opción de crear una directiva anticipada, que es un recurso útil y legal para dar instrucciones sobre su atención médica cuando no pueda comunicarse por su cuenta. Puede designar a un agente de atención de la salud para que tome decisiones en su nombre y especifique sus preferencias de tratamiento en situaciones futuras, por ejemplo, cuándo usar tratamientos de prolongación de la vida. Elija a alguien en quien confíe para que tome estas decisiones importantes y hable con esa persona para asegurarse de que acepte la responsabilidad. Su directiva anticipada debe incluir el nombre y la información de contacto de esa persona y de cualquier agente de atención de la salud de respaldo. Hay varios formularios de directivas anticipadas disponibles de proveedores de atención médica, organizaciones religiosas, asesores patrimoniales y abogados, entre otros. No existe un único formulario que deba usarse; puede personalizar su directiva anticipada para que se adapte a sus deseos. Asegúrese de entregar una copia de su directiva anticipada a su familia, sus proveedores de atención médica, abogados o cualquier otra persona que deba conocer sus decisiones. *Recuerde que no tiene la obligación de tener una directiva anticipada y que puede revocarla y completar una nueva en cualquier momento.*

## COMPARTA LA DOCUMENTACIÓN ELECTRÓNICA

La directiva anticipada puede ser más efectiva si la pone a disposición de un proveedor de atención médica en un formato electrónico al que pueda acceder fácilmente. Hable con su proveedor de atención médica sobre cómo almacenar una copia de su directiva anticipada y la información del agente de atención de la salud en su sistema seguro de registro médico electrónico. Es posible que pueda agregar y actualizar esta información fuera de las visitas clínicas utilizando el portal para pacientes del proveedor de atención médica, un sitio web seguro en línea donde puede consultar su registro médico y comunicarse con su equipo de atención. También puede usar un servicio de directivas anticipadas electrónicas reconocido por el estado para crear, cargar, compartir y actualizar su directiva anticipada y la información del agente de atención de la salud. Obtenga más información sobre cómo los proveedores de atención médica que participan en su atención pueden acceder a su información en [crisphealth.org/for-patients/#advance-directives](https://crisphealth.org/for-patients/#advance-directives).

*Para obtener más información sobre cómo comenzar con su directiva anticipada y acceder a formularios de ejemplo, ingrese al sitio web del Procurador General de Maryland: [www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx](http://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/AdvanceDirectives.aspx)*



# Estamos aquí para usted

---

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes. También puede visitar nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

UnitedHealthcare Community Plan  
6220 Old Dobbin Lane  
Columbia, MD 21045

**United  
Healthcare  
Community Plan**

108 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)  
o llame a Servicio al Cliente al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

