



# Bienvenido a la comunidad

## Mississippi CHIP

Programa de Seguro de Salud Infantil  
(Children's Health Insurance Program) de Mississippi

Bienvenido  
Manual para Miembros  
Otra información

# Bienvenido

---

## **Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan**

Por favor, tómese unos minutos para revisar este Manual para Miembros. Estamos a su servicio para contestar cualquier pregunta que tenga. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en **[myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)**.



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

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

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

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

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros **1-800-992-9940**, TTY **711**, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. CT de lunes a viernes (y de 7:30 a.m. a 8 p.m. CT los miércoles). También estamos disponibles de 8 a.m. a 5 p.m. CT el primer sábado y domingo de cada mes.

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

**Internet:**

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

Formas para las quejas se encuentran disponibles en:

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

**Teléfono:**

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

**Correo:**

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

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Tales como, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros **1-800-992-9940**, TTY **711**, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. CT de lunes a viernes (y de 7:30 a.m. a 8 p.m. CT los miércoles). También estamos disponibles de 8 a.m. a 5 p.m. CT el primer sábado y domingo de cada mes.

## English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-992-9940, TTY 711**

## Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-992-9940, TTY 711**.

## Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số **1-800-992-9940, TTY 711**.

## Traditional Chinese

注意：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-800-992-9940**，或聽障專線 **TTY 711**。

## French

ATTENTION: Si vous parlez français, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le **1-800-992-9940, TTY 711**.

## Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-992-9940**،  
الهاتف النصي **711**.

## Chocktaw

Pisa: Chahta anumpa ish anumpuli hokma, anumpa tohsholi yvt peh pilla ho chi apela hinla. I paya **1-800-992-9940, TTY 711**.

## Tagalog

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyo ng pantulong sa wika, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-992-9940, TTY 711**.

## German

HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachendienste zur Verfügung. Wählen Sie: **1-800-992-9940, TTY 711**.

## Korean

참고: 한국어를 하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-992-9940, TTY 711**로 전화하십시오.

## Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો તમારા માટે વિના મૂલ્યે ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. કૉલ કરો **1-800-992-9940, TTY 711**.

**Japanese**

ご注意：日本語をお話しになる場合は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。電話番号**1-800-992-9940**、または**TTY 711**。

**Russian**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по тел **1-800-992-9940, TTY 711**.

**Punjabi**

ਸਾਵਧਾਨ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਟੀਮ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। **1-800-992-9940, TTY 711** ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Italian**

ATTENZIONE: se parla italiano, Le vengono messi gratuitamente a disposizione servizi di assistenza linguistica. Chiami il numero **1-800-992-9940, TTY 711**.

**Hindi**

ध्यान दे: यदि आप हिन्दी भाषा बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। कॉल करें **1-800-992-9940, TTY 711**.

---

# Para empezar

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

## 1. Llame al proveedor de atención primaria de su hijo y haga una cita.

Las revisiones médicas son importantes para mantener una buena salud. El número de teléfono del PCP de su hijo debe estar anotado en la tarjeta de identificación como miembro que recibió recientemente por correo. Si usted no conoce el número de teléfono del PCP de su hijo o si le gustaría ayuda para hacer una cita para una revisión médica, llame a Servicios para Miembros a **1-800-992-9940**, TTY **711**. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

## 2. Complete la Evaluación de salud de su hijo.

Esta es una forma rápida y fácil de conocer de manera amplia la forma de vivir actual y la salud de su hijo. Esto nos ayuda a relacionar quien es su hijo con los beneficios y servicios disponibles.

Pronto recibirá una llamada de bienvenida de nosotros. Llamaremos para explicarle todos los beneficios del plan de seguro médico de su hijo. También le ayudaremos a completar una encuesta sobre la salud de su hijo. Esta breve encuesta nos ayuda a comprender las necesidades de salud de su hijo para que podamos brindarle un mejor servicio. También puede acudir a nuestro sitio web para completar la encuesta de su hijo en línea. Consulte la página 14.

## 3. Conozca su plan de salud de su hijo.

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

---

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

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

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

Recuerde, las respuestas a cualquier pregunta que tenga son sólo un clic de distancia en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). O bien, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.



¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 7  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

[Tabla de contenido](#)

---

# Tabla de contenido

<b>Importantes puntos del plan de salud</b> .....	<b><u>11</u></b>
Tarjeta de ID como miembro .....	<u>11</u>
Beneficios en un vistazo .....	<u>12</u>
Evaluación de salud de su hijo .....	<u>14</u>
Ayuda a los miembros .....	<u>14</u>
Usted puede empezar a usar el beneficio de farmacia de inmediato .....	<u>17</u>
Servicios NurseLine – su fuente de información para la salud las 24 horas .....	<u>19</u>
<b>Para ir al doctor</b> .....	<b><u>20</u></b>
Proveedor de atención primaria de su hijo (PCP) .....	<u>20</u>
Revisiones anuales .....	<u>22</u>
Para hacer una cita con el PCP de su hijo .....	<u>24</u>
Preparación para su cita con el PCP de su hijo .....	<u>25</u>
Si su hijo necesita de cuidados de salud y la oficina de su proveedor está cerrada .....	<u>25</u>
Las remisiones y los especialistas .....	<u>26</u>
Obtener una segunda opinión .....	<u>26</u>
Autorizaciones previas .....	<u>26</u>
Continuación de los cuidados de salud si su PCP abandona nuestra red .....	<u>27</u>
Si su hijo necesita de cuidados de salud cuando se encuentra fuera de la ciudad .....	<u>28</u>
Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos .....	<u>28</u>
Servicios fuera del área .....	<u>28</u>
Servicios o procedimientos nuevos .....	<u>28</u>
Revisión de utilización .....	<u>29</u>

---

<b>Hospitales y emergencias</b> .....	<b><u>30</u></b>
Cuidados de emergencia .....	<u>30</u>
Cuidados urgentes .....	<u>31</u>
Servicios de hospital .....	<u>32</u>
Cuidados dentales de emergencia .....	<u>32</u>
<b>Farmacia</b> .....	<b><u>33</u></b>
Medicamentos de receta .....	<u>33</u>
<b>Beneficios</b> .....	<b><u>35</u></b>
Beneficios y servicios cubiertos de UnitedHealthcare Community Plan .....	<u>35</u>
Servicios de salud preventiva .....	<u>40</u>
Servicios no cubiertos .....	<u>42</u>
Manejo de enfermedades y administración de cuidados .....	<u>43</u>
Programas de bienestar .....	<u>43</u>
Para las futuras madres y niños .....	<u>44</u>
<b>Otros detalles del plan</b> .....	<b><u>46</u></b>
Cómo encontrar a un proveedor dentro de la red .....	<u>46</u>
Directorio de Proveedores .....	<u>46</u>
Servicios de interpretación y asistencia con el idioma .....	<u>47</u>
Elegibilidad .....	<u>47</u>
Inscripción .....	<u>48</u>
Si quiere desafiliarse de UnitedHealthcare Community Plan .....	<u>49</u>
Cancelación de su inscripción “con causa” .....	<u>49</u>
Copagos .....	<u>50</u>
Fraude y abuso .....	<u>51</u>
Su opinión cuenta .....	<u>51</u>

---

Incentivos para miembros . . . . .	<a href="#">52</a>
Directivas avanzadas . . . . .	<a href="#">52</a>
Derechos y responsabilidades . . . . .	<a href="#">53</a>
Queja de miembro, reclamación, apelación y revisión externa. . . . .	<a href="#">55</a>
Términos importantes . . . . .	<a href="#">61</a>
Formulario para una reclamación o apelación . . . . .	<a href="#">65</a>
Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad . . . . .	<a href="#">67</a>

# Importantes puntos del plan de salud

## Tarjeta de ID como miembro

El número de ID del plan de su hijo  
El número de ID de su hijo como miembro  
Número de teléfono de Servicios para Miembros

La cantidad de su copago      Información para el farmacéutico de su hijo

The diagram shows two sides of a UnitedHealthcare Community Plan ID card. The front side (left) includes: UnitedHealthcare Community Plan logo; Health Plan (80840) 911-87726-08; Member ID: 000000000; Group: MSCHIP; Member: SAMPLE S SAMPLE; PayerID: 87726; PCP Name: R BROWN; Effective Date: 02/01/2014; COPAY: Office /ER \$0 /\$0; OPTUMRx logo; Rx Bin: 610494; Rx Grp: ACUMS; Rx PCN: 9999; MSCHPA logo; and Administered by UnitedHealthcare of Mississippi, Inc. The back side (right) includes: Emergency instructions; Barcode; Disclaimer; For Member Service: 800-992-9940, TTY 711; NurseLine 24-7: 877-410-0184, TTY 800-855-2880; Website: myuhc.com/communityplan; Health Plan: 795 Woodlands Parkway, Suite 301, Ridgeland, MS 39157; For Providers: www.uhccommunityplan.com, 800-557-9933; Medical Claim Address: P.O. Box 5032, Kingston, NY 12402-5032; For use of non-participating providers, prior authorization is required: 1-866-604-3267; UnitedHealthcare logos; Pharmacy Claims: OptumRx, P.O. Box 65033, Dallas, TX 75269-0334; For Pharmacists: 877-305-8952.

La tarjeta de identificación de su hijo como miembro contiene mucha información importante. Le da acceso a los beneficios cubiertos de su hijo. Usted debió haber recibido la tarjeta de identificación de su hijo como miembro 10 días después de haberse inscrito al UnitedHealthcare Community Plan. Cada miembro de su familia tendrá su propia tarjeta. Revíselas para asegurarse que la información es correcta. Si hay cualquier error, llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940, TTY 711**.

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

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

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), 11  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940, TTY 711**.

## Importantes puntos del plan de salud

---

### ¿Perdió la tarjeta de identificación como miembro de su hijo?

Si usted o algún miembro de su familia extravían la tarjeta, contacte a Servicios para Miembros de inmediato acudiendo a [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan). Haga clic en el botón de Print an ID Card (Imprima una tarjeta ID) a la derecha. O contacte a Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva.

## Beneficios en un vistazo

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

### Servicios de Atención Primaria

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

### Una amplia red de proveedores

Usted puede escoger cualquier PCP de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias — dándole muchas opciones para los cuidados de salud para su hijo. Encuentre la lista completa de nuestros proveedores en la red, acudiendo al sitio en internet [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) o llamando al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

### NurseLine (Línea de enfermeras)

La Línea de enfermeras le provee acceso por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana con enfermeras registradas con mucha experiencia. Estas enfermeras le pueden dar información, ayuda y educación para cualquier pregunta o preocupación relacionada a cuestiones de salud. Llame al **1-877-410-0184**, TTY **711**.

### Servicios de especialistas

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

12 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

### **Medicamentos**

El plan de su hijo cubre medicamentos de receta. También cubre: insulina, agujas hipodérmicas, medicamentos anticonceptivos, tabletas de aspirina recubiertas para la artritis, tabletas de hierro, y vitaminas masticables.

### **Servicios de hospital**

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

### **Salud del comportamiento y trastornos por consumo de sustancias**

Obtenga ayuda con los problemas personales que puedan afectar a su hijo. Estos incluyen estrés, depresión, ansiedad o consumo de drogas o alcohol.

### **Servicios de laboratorio**

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

### **Visitas de bienestar para niños**

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

### **Cuidados de maternidad y del embarazo**

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

### **Planeación familiar**

Los miembros están cubiertos por servicios que les ayudarán a manejar la planeación de sus embarazos. Esto incluye medicamentos anticonceptivos y otros procedimientos.

### **Cuidados de la visión**

Los beneficios para la visión de su hijo incluyen exámenes de rutina y anteojos.

# Evaluación de salud de su hijo

Una Evaluación de la salud es una encuesta breve y sencilla que formula preguntas sencillas sobre el estilo de vida y la salud de su hijo. Cuando la complete y nos la envíe por correo, podremos conocer mejor a nuestros miembros. Y nos ayuda a poder proporcionar a su hijo con los muchos beneficios y servicios disponibles para ellos.

Por favor, tome unos minutos y conteste las formas de Evaluación de Salud en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). Haga clic sobre el icono de Evaluación de Salud en el lado derecho de la página después de que usted ingrese a la página o cuando se registre. O llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

## Ayuda a los miembros

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

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

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

- Completar la Evaluación de salud de su hijo
- Buscar un proveedor o una farmacia
- Hacer una búsqueda de un medicamento en la Lista de Medicamentos Preferidos
- Obtener detalles acerca de los beneficios
- Descargar un Manual para Miembros actualizado
- Imprimir una nueva tarjeta de identificación
- Llevar un registro de la historia clínica de su hijo con un Record de salud personal para su hijo

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

Lunes 7:30 a.m.–5:30 p.m.

Martes 7:30 a.m.–5:30 p.m.

Miércoles 7:30 a.m.–8:00 p.m.

Jueves 7:30 a.m.–5:30 p.m.

Viernes 7:30 a.m.–5:30 p.m.

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

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

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

Esto incluye:

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

Llame al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

### Miembros con discapacidad visual y auditiva

Nosotros tenemos este manual en un formato fácil de leer para personas con problemas de la visión. Para obtener ayuda llámenos al **1-800-992-9940**. Nosotros tenemos un número de teléfono especial para personas con problemas de audición.

Los miembros que utilizan un dispositivo de telecomunicaciones para sordos (TDD) y el lenguaje de señas americano pueden llamar al **711**. Estos servicios son gratuitos.

## Importantes puntos del plan de salud

---

### Programa para la Administración de Cuidados de Salud

La administración de la atención médica ayuda a los miembros a obtener los servicios y la atención médica que necesitan y está disponible para todos los miembros. Si su hijo tiene una enfermedad crónica, como el asma o la diabetes, usted puede beneficiarse de nuestro programa de administración de la atención médica. Nosotros podemos ayudarlo con varias cosas, como programar citas con el doctor y mantener informados a los proveedores acerca de la atención médica de su hijo. Nosotros también podemos ayudar con otros programas de salud, educación y servicios sociales, por ejemplo, WIC, Head Start, servicios escolares de salud y educación especial y en programas para niños con necesidades especiales de atención médica de los departamentos de salud y servicios humanos. Además, podemos proporcionar información acerca de los programas locales de atención médica gratuita y de los grupos de apoyo. Para obtener más información, llame al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

### Hablamos su idioma

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionar materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

### Emergencias

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

### Otros números de teléfono importantes

24/7 NurseLine ..... **1-877-410-0184**, TTY **711**  
(disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana)

Centro de Toxicología ..... **1-800-222-1222**

División de Medicaid ..... **1-866-635-1347**  
o **1-800-421-2408**

Línea de Crisis de Salud Mental ..... **1-800-992-9940**, TTY **711**

## Usted puede empezar a usar el beneficio de farmacia de inmediato

El plan de su hijo cubre una amplia lista de medicamentos con y sin receta. Las medicinas que se cubren se encuentran anotadas en la Lista de Medicamentos Preferidos. Su doctor usa esta lista para asegurar que los medicamentos que su hijo necesita están cubiertos por su plan. Usted puede obtener la Lista de Medicamentos Preferidos en internet en <https://www.uhccommunityplan.com/ms/chip/chip/lookup-tools>. Usted también puede buscar el nombre del medicamento en internet. En ocasiones los beneficios y servicios pueden cambiar. Si esto ocurre, nosotros le enviaremos una carta al miembro 14 días antes del cambio. Es fácil poder obtener que le surtan sus medicamentos. Esta es la manera de hacer:

### 1. ¿Están los medicamentos de su hijo incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos?

#### Sí

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

#### No

Si los medicamentos de su hijo no están incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos, contacte su médico. Los doctores le ayudarán a cambiar de medicamentos a uno que se encuentre dentro de la Lista de Medicamentos Preferidos. Su doctor también puede ayudarle a que se haga una excepción en su caso si el doctor piensa que su hijo necesita un medicamento que no se encuentra en la lista.

#### ¿No está seguro?

Acuda a internet para revisar la Lista de Medicamentos Preferidos en <https://www.uhccommunityplan.com/ms/chip/chip/lookup-tools>. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros. Nosotros estamos aquí para ayudarle.

### **2. ¿Tiene su hijo una receta para un medicamento?**

Cuando usted tenga una receta para un medicamento que le extendió un doctor o usted necesita surtir de nuevo un medicamento de receta, acuda a una farmacia que sea parte de nuestra red. Muestre al farmacéutico la tarjeta de identificación como miembro de su hijo. Usted puede encontrar una lista de las farmacias de nuestra red en el Directorio de Proveedores en internet en <https://www.uhccommunityplan.com/ms/chip/chip/lookup-tools>, o también puede llamar a Servicios para Miembros.

### **3. ¿Necesita surtir un suplemento temporal de emergencia de los medicamentos de receta de su hijo?**

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

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

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

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

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

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

Simplemente llame, sin costo para usted, al número al **1-877-410-0184**, TTY **711**. Usted puede llamar sin costo para usted al número de NurseLine a cualquier hora las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Además, no hay límite para el número de llamadas que usted haga.

# Para ir al doctor

---

## Proveedor de atención primaria de su hijo (PCP)

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

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

### ¿Qué es un proveedor de la red?

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

### Usted tiene opciones

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

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

### Conozca más acerca de los doctores de la red

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

### Para elegir el PCP de su hijo

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

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

1. Consulte nuestro directorio impreso de Proveedores.
2. Use la herramienta de búsqueda “Find-A-Doctor” (“Busque un doctor”) en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).
3. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**. Nosotros podremos contestar a sus preguntas y ayudarle a encontrar a un PCP cerca de usted.

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

## Para ir al doctor

---

### Para cambiar el PCP de su hijo

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

## Revisiones anuales

### La importancia de la revisión anual de su hijo

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

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

### Exámenes de bienestar para niños

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

- Su alimentación
- Sus hábitos de dormir
- Su comportamiento
- Su socialización
- Sus actividades físicas
- Asesoramiento y orientación al adolescente

#### Horario de los exámenes médicos

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

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

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

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

## Para hacer una cita con el PCP de su hijo

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

<b>Cuánto se tomará para que pueda ver al PCP de su hijo:</b>	
<b>Para emergencia</b>	Inmediatamente o ser referido a una sala de emergencias
<b>Para urgencias</b> (pero sin que sea una emergencia)	Dentro de 24 horas
<b>De rutina</b>	Dentro de 1 semana
<b>De prevención, vistas para el bienestar del niño o visitas regulares</b>	Dentro de un mes
<b>Especialistas</b>	Dentro de 45 días
<b>Cuidados dentales de rutina</b>	Dentro de 45 días
<b>Cuidados dentales urgentes</b>	Dentro de 48 horas
<b>Visita de rutina de salud del comportamiento</b>	Dentro de 21 días
<b>Visita de urgencia de salud del comportamiento</b>	Dentro de 24 horas
<b>Salud del comportamiento después del alta de un hospital psiquiátrico agudo</b>	Dentro de 1 semana

## Preparación para su cita con el PCP de su hijo

### Antes de la cita

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

### Durante la visita

Cuando usted vea al doctor, no tenga timidez en:

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

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

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

A usted se le puede indicar que acuda a:

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

Llame a NurseLine:

**1-877-410-0184, TTY 711.**

# Las remisiones y los especialistas

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

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

Para ver si un especialista está dentro de nuestra red, llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

# Obtener una segunda opinión

Una segunda opinión es cuando desea que su hijo vea a un segundo médico por el mismo problema de salud. Su hijo puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red para cualquiera de sus beneficios cubiertos. No es necesario que su hijo obtenga una segunda opinión. Si no puede encontrar un proveedor de la red, puede obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red con autorización previa. No hay ningún cargo para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

# Autorizaciones previas

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

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

- Admisiones hospitalarias que no sean de emergencia ni de urgencia, excepto para un parto normal
- Servicios que no sean de emergencia de un proveedor fuera de la red
- Algunos tratamientos dentales

UnitedHealthcare tomará decisiones para la aprobación previa y se le comunicarán al miembro dentro de los primeros tres (3) días del calendario y/o dos (2) días hábiles de trabajo. Decisiones urgentes para la aprobación previa de emergencia se otorgarán dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de recibir la solicitud urgente para una aprobación previa de emergencia.

**Usted no necesita una autorización previa para:**

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

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

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

## Si su hijo necesita de cuidados de salud cuando se encuentra fuera de la ciudad

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

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

## Sin cobertura médica fuera de los Estados Unidos

Cualquier servicio médico que se recibe fuera de los Estados Unidos no será cubierto por UnitedHealthcare Community Plan.

## Servicios fuera del área

Si está viajando dentro de los Estados Unidos y su hijo tiene una necesidad médica de emergencia, cubriremos los servicios de emergencia médicamente necesarios. No se necesita autorización previa para la visita al hospital o a la sala de emergencias. El hospital deberá informarnos sobre el tratamiento de su hijo una vez que esté estabilizado. Las visitas que no sean de emergencia necesitarán una autorización previa. Si se encuentra fuera del área y necesita servicios que no sean de emergencia, comuníquese con el médico de su hijo.

## Servicios o procedimientos nuevos

Nosotros revisaremos las nuevas tecnologías que su doctor piensa pueden ayudar a su hijo. Nuestros directores médicos revisan estas solicitudes. Ellos consultan la información médica más reciente y los requerimientos del gobierno. Ellos revisan cualquier otro tratamiento médico que sea necesario y que no sea experimental. Nosotros le informaremos a usted y a su doctor de nuestra decisión. Nosotros le dejaremos saber cuándo los nuevos procedimientos, servicios y aparatos médicos sean aprobados como beneficios. Le informaremos por medio de nuestra circular o por carta.

## Revisión de utilización

Contamos con pasos que nosotros seguimos al decidir si aprobaremos la atención médica. Nuestro objetivo es asegurarnos de que la atención sea médicamente necesaria, sea un beneficio cubierto y se lleve a cabo en el entorno y en el momento adecuado. También nos aseguramos de que su hijo reciba una atención de calidad.

Ningún empleado, proveedor o persona a cargo de toma de decisiones de utilización de UnitedHealthcare es premiado, sancionado ni recibe incentivo financiero por no brindar a su hijo la atención o los servicios o por afirmar que no debe recibirlos. Para solicitar una copia de los criterios o medidas que utilizamos para tomar decisiones o solicitar información sobre nuestra decisión, llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**. Se encuentran disponibles personal, intérpretes y servicios TTD/TTY para ayudar a los miembros que tienen preguntas acerca de la administración de utilización.

# Hospitales y emergencias

---

## Cuidados de emergencia

Las salas de un hospital de emergencias están para poderle ofrecer tratamientos de emergencia por trauma, serias lesiones y síntomas que pongan en peligro la vida. Algunas razones para acudir a una sala de emergencias incluyen:

- Una enfermedad seria
- Fracturas de huesos
- Ataque cardíaco
- Envenenamiento
- Cortaduras o quemaduras severas

UnitedHealthcare Community Plan cubre cualquiera de los cuidados de emergencia que su hijo necesite dentro de los Estados Unidos y de sus territorios. Dentro de las primeras 24 horas después de la visita de su hijo a una sala de emergencia, llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**. Usted debe llamar también al PCP de su hijo para informarle acerca de la visita de su hijo para que pueda recibir los cuidados de seguimiento si los necesita.

Servicios de emergencia provistos por proveedores dentro y fuera de la red están cubiertos sin necesidad de una autorización previa.

### **No se demore**

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

# Cuidados urgentes

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

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

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

### Para planear con anticipación

Es bueno si usted sabe en donde se localiza la clínica de cuidados urgentes más cercana. Usted puede encontrar una lista de clínicas de cuidados urgentes en su Directorio de Proveedores. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

# Servicios de hospital

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

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

**Los servicios de hospitalización** requieren que su hijo permanezca en el hospital durante la noche. Esto puede incluir una enfermedad seria, cirugía o parto.

Los servicios de hospitalización requieren que su hijo sea admitido (a lo que se le llama admisión de hospitalización) al hospital. El hospital contactará a UnitedHealthcare Community Plan y solicitará la autorización para brindarle a su hijo los cuidados de salud. Si el doctor que le admite en el hospital no es el PCP de su hijo, usted debe llamar a su PCP e informarle que lo están hospitalizando.

**Los servicios de atención posteriores a la estabilización** son servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que se brindan después de que un miembro se estabiliza para poder mantener o mejorar la condición estabilizada.

Limitación: Ilimitada.

Autorización previa: No. (Es posible que se requiera autorización previa solo para proveedores fuera de la red en función de ciertos factores.)

### Para ir al hospital

Su hijo solo debe ir al hospital para recibir atención de emergencia o si su doctor le indica que lo lleve.

# Cuidados dentales de emergencia

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

# Farmacia

---

## Medicamentos de receta

### Sus beneficios incluyen medicamentos de receta

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

### Los siguientes medicamentos y artículos médicos están cubiertos:

- Medicamentos de venta libre
- Medicación compuesta, de la cual al menos un ingrediente sea un medicamento de venta con receta
- Agentes descartables para pruebas de glucosa en sangre o en orina
- Agujas/jeringas descartables para aplicación de insulina
- Hormonas de crecimiento
- Insulina
- Lancetas
- Anticonceptivos de venta con receta
- Retino-A (tretinoína tópica)
- Suplementos con fluoruro
- Vitaminas prenatales de venta con receta

## Farmacia

---

### Los siguientes medicamentos no están cubiertos:

- Agentes anti-arrugas
- Cargos por la administración o inyección de cualquier medicamento
- Cualquier medicamento cuando se use para la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para la infertilidad
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales, ácido fólico e inyecciones de vitamina B12
- Medicamentos cuando se emplean con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Artículos de venta libre (OTC), excepto los enumerados en el formulario de OTC
- Agentes pigmentantes

### ¿Qué es la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL)?

Esta es una lista de los medicamentos que están cubiertos bajo su plan. Usted puede encontrar la lista completa en su PDL o en línea en <https://www.uhccommunityplan.com/ms/chip/chip/lookup-tools>.

# Beneficios

## Beneficios y servicios cubiertos de UnitedHealthcare Community Plan

Los servicios cubiertos por Mississippi CHIP se enumeran abajo. Solo pagaremos los servicios cubiertos.

Como miembro, tiene derecho a recibir todas las opciones de tratamiento cubierto y medicamento necesario. Los servicios con “se requiere autorización previa” indicado junto a ellos requieren que su médico nos llame para pedir autorización previa, antes de que reciba la atención. Las descripciones detalladas de estos beneficios aparecen en las páginas siguientes.

Beneficios médicos de Mississippi CHIP		
Beneficio	Cubierto	Limitaciones
Ambulancia aérea	Sí	Emergencias solamente
Centro Quirúrgico Ambulatorio	Sí	
Servicios quiroprácticos	Sí	
Servicios de Sanatorios de la Ciencia Cristiana	No	
Cirugía estética y reconstructiva	Sí	
Servicios dentales Mayores de 21 años: servicios de diagnóstico y alivio del dolor de emergencia	Sí	Los beneficios para los servicios de restauración, edondoncia, periodoncia y cirugía se limitan a \$2,000 por año calendario  Sin cobertura de ortodoncia
Entrenamiento en diabetes	Sí	

## Beneficios

<b>Beneficios médicos de Mississippi CHIP</b>		
<b>Beneficio</b>	<b>Cubierto</b>	<b>Limitaciones</b>
<b>Centro de diálisis para pacientes ambulatorios</b>	Sí	
<b>Visitas al doctor y atención médica</b>	Sí	
<b>Equipo médico duradero</b>	Sí	Se necesita autorización para artículos de más de \$500
<b>Sala de emergencias</b>	Sí	
<b>Servicios EPSDT</b>	No	
<b>Servicios EPSDT ampliados</b>	No	
<b>Cuidados médicos de ojos Exámenes y anteojos</b>	Sí	1 examen por año 1 par de anteojos si son médicamente necesarios
<b>Servicios de planificación familiar</b>	Sí	
<b>Centros de salud calificados a nivel federal</b>	Sí	
<b>Pruebas genéticas</b>	No	
<b>Servicios del Departamento de Salud</b>	Sí	
<b>Servicios de audición</b>	Sí	
<b>Servicios de salud en el hogar</b>	Sí	
<b>Infusión en casa</b>	Sí	Es posible que los inyectables necesiten autorización
<b>Hospicio</b>	Sí	Límite de \$15,000 de por vida
<b>Servicios hospitalarios</b>	Sí	

36 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

<b>Beneficios médicos de Mississippi CHIP</b>		
<b>Beneficio</b>	<b>Cubierto</b>	<b>Limitaciones</b>
<b>Imagen</b>	Sí	
<b>Servicios de laboratorio y rayos X</b>	Sí	
<b>Servicios de maternidad</b>	Sí	Incluye servicios de educación para los padres
<b>Suministros médicos</b>	Sí	
<b>Servicios de salud mental</b>	Consulte el cuadro separado para conocer los beneficios	
<b>Circuncisión del recién nacido</b>	No	
<b>Proveedores no contratados</b>	Sí	
<b>Transporte que no es de emergencia</b>	No	
<b>Servicios de enfermeras practicantes</b>	Sí	
<b>Ortesis y prótesis</b>	Sí	
<b>Ambulatorio PT/OT/ST</b>	Sí	La terapia del habla requiere de autorización  La terapia del habla no está cubierta para mantenimiento del habla, retraso en el desarrollo del habla o trastornos de articulación
<b>Servicios de administración de alto riesgo perinatal</b>	Sí	
<b>Servicios de asistente médico</b>	Sí	
<b>Servicios médicos</b>	Sí	

## Beneficios

<b>Beneficios médicos de Mississippi CHIP</b>		
<b>Beneficio</b>	<b>Cubierto</b>	<b>Limitaciones</b>
Servicios de podiatra	Sí	El cuidado de rutina de los pies no está cubierto
Enfermería privada	Sí	8 horas o más por día Límite de \$10,000 anuales
Cuidado extendido pediátrico recetado (PPEC)	No	
Medicamentos de receta	Sí	
Servicios de Clínica de Salud Rural	Sí	
Estudios del sueño	Sí	
Servicios de trasplante	Sí	
Cuidados del niño sano	Sí	

<b>Beneficios de salud conductual de Mississippi CHIP</b>		
<b>Beneficio</b>	<b>Cubierto</b>	<b>Limitaciones</b>
Psicoterapia individual	Sí	
Psicoterapia familiar	Sí	
Psicoterapia de grupo	Sí	
Pruebas neuropsicológicas	Sí	
Intervención de crisis	Sí	
Rehabilitación psicosocial	Sí	

38 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY 711.

<b>Beneficios de salud conductual de Mississippi CHIP</b>		
<b>Beneficio</b>	<b>Cubierto</b>	<b>Limitaciones</b>
Tratamiento de apoyo psiquiátrico comunitario	Sí	
Tratamiento diurno	Sí	
Servicios de apoyo entre pares	Sí	
Administración de casos/ objetivos	Sí	
Hospitalización psiquiátrica para pacientes hospitalizados	Sí	
Desintoxicación para pacientes hospitalizados	Sí	
Servicios residenciales de crisis	Sí	
Programa de hospitalización parcial	Sí	
Servicios MYPAC	No	
Programa intensivo para pacientes ambulatorios (ICORT)	No	
Trato comunitario asertivo	Sí	
Terapia electroconvulsiva (TEC)	Sí	
Pruebas psicológicas	Sí	

## Beneficios

# Servicios de salud preventiva

Su hijo debe ver un médico para realizarse chequeos regulares, incluso si se siente bien. Estos exámenes permiten detectar problemas a tiempo. Le facilitan la tarea al médico de su hijo para tratarlos antes de que se conviertan en graves. Las visitas regulares al médico forman parte de la atención médica preventiva.

El médico hablará con usted sobre muchos temas en los chequeos, como el crecimiento y hábitos alimenticios de su hijo y sobre las formas de mantenerlo seguro. Las pruebas y servicios que recibe su hijo durante estas visitas son beneficios cubiertos.

Atención médica preventiva para niños*					
Servicios	Edades:	Del nacimiento hasta los 2 años	3 a 6 años	7 a 12 años	13 a 20 años
<b>Examen de bienestar del niño o chequeo de salud para niños hasta adolescentes</b>					
<b>Debe incluir:</b>		Exámenes en las siguientes edades:	Cada año	Cada año	Cada año
Examen del niño;		3–5 días,			
Historia clínica del niño;		1, 2, 4, 6, 9,			
Peso y altura del niño;		12, 15, 18, 24,			
Analizar qué tan bien se alimenta su hijo;		y 30 meses			
Pruebas de detección para el desarrollo y la conducta;					
Pruebas de detección para la vista y la audición en la edad correcta;					
El médico hablará con usted sobre lo que se espera de su hijo;					
Derivaciones para servicios especiales para su hijo					

\* Estas son pautas para los servicios de rutina. Hable con el médico de su hijo sobre cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que su hijo necesite otros servicios si se encuentra en riesgo debido a determinados problemas de salud. Esta información proviene de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP).

40 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

<b>Atención médica preventiva para niños* (continued)</b>					
<b>Servicios</b>	<b>Edades:</b>	<b>Del nacimiento hasta los 2 años</b>	<b>3 a 6 años</b>	<b>7 a 12 años</b>	<b>13 a 20 años</b>
<b>Exámenes dentales</b>					
Desde los 6 meses, su hijo debe ver al dentista cada 6 meses			Lleve a su hijo al dentista cada 6 meses	Lleve a su hijo al dentista cada 6 meses	Lleve a su hijo al dentista cada 6 meses
<b>Inmunizaciones</b>					
Las vacunas son importantes. Pregúntele al médico de su hijo en cada visita qué vacunas son necesarias		Pregúntele al médico de su hijo en cada visita qué vacunas son necesarias	Pregúntele al médico de su hijo en cada visita qué vacunas son necesarias	Pregúntele al médico de su hijo en cada visita qué vacunas son necesarias	Pregúntele al médico de su hijo en cada visita qué vacunas son necesarias
<b>Pruebas de detección</b>					
Anemia; Prueba de detección de plomo en sangre		Pruebas para la anemia a los 9 o 12 meses	Pregúntele al médico de su hijo sobre las pruebas de detección que su hijo puede necesitar	Pregúntele al médico de su hijo sobre las pruebas de detección que su hijo puede necesitar	Pregúntele al médico de su hijo sobre las pruebas de detección que su hijo puede necesitar
<b>Otras pruebas de detección:</b> Tuberculosis; Colesterol; ETS (Enfermedades de transmisión sexual)		Prueba de detección de plomo en sangre a los 12 y 24 meses			

\* Estas son pautas para los servicios de rutina. Hable con el médico de su hijo sobre cualquier servicio adicional que pueda necesitar. Es posible que su hijo necesite otros servicios si se encuentra en riesgo debido a determinados problemas de salud. Esta información proviene de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP).

## Las siguientes cosas no están cubiertas:

- Entrenamiento de la vista
- Revestimientos o diseños de lentes especiales (excepto revestimientos resistentes a rasguños para lentes de plástico)
- Anteojos protectores o reemplazo de anteojos por pérdida
- Lentes planos
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), 41  
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-992-9940, TTY 711.

# Servicios no cubiertos

### Lo siguiente no está cubierto por Mississippi CHIP:

- Proveedores fuera de la red que no recibieron autorización previa
- Atención que no es médicamente necesaria
- Atención médica de un médico pariente del miembro
- Atención fuera del alcance de la licencia y especialidad del proveedor
- Atención no cubierta por las leyes o reglamentaciones estatales o federales
- Servicios brindados para fines cosméticos, salvo para el tratamiento de lesiones traumáticas o enfermedades que requieran cirugía
- Terapia sexual o procedimientos de cambio de sexo
- Asesoramiento familiar o matrimonial
- Atención de personas convalecientes, de custodia, domiciliaria, de supervisión o cuidado de sí mismo
- Centros de enfermería o atención personal
- Abortos optativos, salvo que sean médicamente necesarios
- Procedimientos experimentales o de investigación
- Cuidado cosmético de pies o paliativo
- Equipos no terapéuticos (humidificadores, aire acondicionado, aspiradora, elementos para estado físico, etc.)
- Tratamiento de control de peso u obesidad, excepto los procedimientos de cirugía bariátrica para un niño matriculado de 18 años de edad solamente
- Cirugía para alterar propiedades de refracción de la córnea (ojos)
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados, excepto para atención a corto plazo aguda con previa autorización
- Servicios de rehabilitación ambulatorios, salvo especificación de un proveedor de la red autorizado
- Servicios de infertilidad o reversión de esterilización
- Costos de consultas telefónicas o por no acudir a una cita
- Costos de completar formularios de reclamos o para obtener expedientes clínicos o información de reclamos
- Viaje, excepto como parte de un trasplante de órganos
- Servicios por enfermedades y lesiones sufridas durante acto de guerra declarada o no
- Toda lesión causada por acto injustificado de otra persona, a menos que sea imposible la recuperación de los costos de esa persona

## Manejo de enfermedades y administración de cuidados

Si su hijo tiene una enfermedad crónica como asma o diabetes, UnitedHealthcare Community Plan tiene un programa para ayudar a su hijo a vivir con su enfermedad y mejorar su calidad de vida. Estos programas son voluntarios y están disponibles sin costo alguno. Los programas brindan información importante sobre el estado de salud de su hijo, los medicamentos, los tratamientos y la importancia de las visitas de seguimiento con su médico.

Un equipo de enfermeras registradas y trabajadores sociales trabajará con usted, su familia, su PCP, otros proveedores de atención médica y recursos comunitarios para diseñar un plan de atención que satisfaga las necesidades de su hijo en el entorno más apropiado. También pueden ayudar a su hijo con otras cosas como la pérdida de peso y recordarle las pruebas especiales que podría necesitar.

Usted o el médico de su hijo pueden llamarnos para preguntarnos si nuestros programas de administración de cuidados o de enfermedades pueden ayudar a su familia. Si usted o el médico de su hijo creen que un Administrador de cuidados es adecuado para su familia, o si desea obtener más información sobre nuestros programas de administración de cuidados o manejo de enfermedades, llámenos al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

## Programas de bienestar

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

- Clases para ayudar a dejar de fumar
- Clases de nutrición
- Recordatorios de bienestar

Su proveedor podrá sugerir uno de estos programas para su hijo. Si quiere recibir más información o encontrar un programa cerca de donde vive, hable con su PCP o llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

# Para las futuras madres y niños

## Healthy First Steps™

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

- Ayudarle a encontrar a un doctor
- Ofrecerle útil información en cómo debe cuidar de su bebé, tales como los servicios de Women, Infants, and Children (Mujeres, Infantes y Niños – WIC)
- Darle apoyo después del nacimiento del bebé

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

WIC es un programa educacional acerca de la nutrición. Provee alimentos saludables como leche, cereales y jugos si está embarazada o se encuentra dando el pecho. Así mismo, provee alimentos para el bebé y para niños hasta la edad de 5 años. En caso que usted aún no se haya suscrito, visite el sitio en internet [www.nwica.org](http://www.nwica.org) para conocer el número de teléfono de la oficina local de WIC.

### ¿Va a tener un bebé?

Si piensa que está embarazada, llame su oficina regional de Medicaid y a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**. Con esto usted asegura que obtendrá todos los servicios que se encuentran disponibles.

### Atención prenatal

La atención prenatal se brinda cuando una mujer embarazada visita al médico durante el embarazo. La atención prenatal le permite al médico ver cómo progresa el embarazo y si hay problemas. Incluso si una mujer ya estuvo embarazada antes, debe visitar regularmente a su médico.

Es mejor si la madre recibe toda la atención prenatal del mismo médico. Le recomendamos que las mujeres embarazadas vean a un médico al menos diez veces durante el embarazo. También deberá regresar a su médico después del parto. A esto le dicen atención posparto. Es para asegurarse de que tanto ella como su bebé estén saludables.

### Programa Dr. Health E. Hound®

Estamos orgullosos de nuestra mascota, el Dr. Health E. Hound. Su objetivo es enseñar a sus hijos formas divertidas para mantenerse en buena forma y saludables. Al Dr. Health E. Hound le encanta viajar por el estado y conocer a niños de todas las edades. Reparte folletos, carteles, calcomanías y libros para colorear acerca de alimentos saludables y ejercicios. Ayuda a los niños a comprender que ir al doctor es una forma importante para mantenerse saludables. Usted y su familia pueden conocer al Dr. Health E. Hound en algunos de nuestros eventos. Acuda a un evento y aprenda acerca de la alimentación saludable y el ejercicio.

# Otros detalles del plan

---

## Cómo encontrar a un proveedor dentro de la red

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

Visite en internet [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para obtener información actualizada. Haga clic sobre “Find a Doctor.” – “Para encontrar un doctor”.

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**. Nosotros podemos localizar a uno para usted. También, si así lo desea, podemos enviarle por correo un Directorio de Proveedores.

## Directorio de Proveedores

Usted tiene disponible un Directorio de Proveedores en su área. El directorio anota las direcciones y números de teléfonos de los proveedores en nuestra red.

La información de los proveedores cambia a menudo. Visite nuestro sitio en internet <https://www.uhccommunityplan.com/ms/chip/chip> para obtener la más reciente lista. Haga clic sobre “Find a Doctor” – “Para Encontrar a un Doctor” en el directorio para la búsqueda.

Si usted desea obtener una copia impresa de nuestro Directorio de Proveedores, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**, y le enviaremos por correo una copia.

## Servicios de interpretación y asistencia con el idioma

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

Muchos de los proveedores de nuestra red también hablan otros idiomas. Si usted consulta con uno que no hable su idioma, usted puede emplear a nuestros intérpretes o servicios de Lenguaje Hablado para ayudarle durante su cita sin costo. Haga los arreglos para obtener servicios de interpretación por lo menos 72 horas antes de su cita. Para emplear servicios de Lenguaje Hablado, se requiere que haga la solicitud 3 días antes de la cita.

Usted también puede obtener los materiales impresos que le enviamos, ya sea impresos en un idioma diferente o traducido. Para hacer arreglos para tener un intérprete, servicios de traducción o para un formato de audio gratuitos, llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

## Elegibilidad

UnitedHealthcare Community Plan no decide si su hijo califica para el programa CHIP. La División Mississippi de Medicaid (DOM) toma esa decisión sobre la base de factores como, por ejemplo, si el niño:

- Vive en Mississippi
- No tiene cobertura médica
- Es menor de 19 años de edad
- No es elegible para Medicaid
- Es ciudadano estadounidense o extranjero elegible
- No está internado en una institución pública ni es paciente de una institución para enfermedades mentales
- Tiene un ingreso familiar de hasta el 200% del nivel de pobreza federal

## Otros detalles del plan

---

Los niños siguen siendo elegibles durante un período de 12 meses o hasta que el niño:

- Sea elegible para Medicaid
- Se mude fuera del estado
- Fallezca
- Cumpla 19 años
- Esté cubierto por otra cobertura de seguro médico acreditable

Si se cancela la inscripción de su hijo en el programa CHIP, su cobertura finalizará el último día de ese mes. Si tiene preguntas, llame a la División de Medicaid (DOM) al 1-866-635-1347. Se pueden realizar actualizaciones de información de contacto y la dirección en su Oficina regional de DOM.

## Inscripción

La inscripción de su hijo en el programa Mississippi CHIP es por 12 meses o hasta que pierda su elegibilidad, lo que ocurra primero. La DOM informará a UnitedHealthcare la fecha en que se inscriba su hijo y su elegibilidad continúa hasta que la DOM informe a UnitedHealthcare la fecha en que se cancelará la inscripción de su hijo.

Es importante que usted le indique a la DOM si su familia se muda. Si no lo hace, la DOM y UnitedHealthcare no tendrán su dirección correcta. Esto le impedirá recibir información importante sobre la cobertura y elegibilidad de su hijo.

### Recertificación

La DOM le enviará una carta cuando haya que realizar una revisión de elegibilidad de su hijo. Esta carta le indicará lo que debe hacer para renovar la cobertura de su hijo por otro año más. Si tiene preguntas, comuníquese con la DOM al 1-866-635-1347.

### No discriminación

UnitedHealthcare no discriminará por motivos de raza, origen étnico, sexo, identidad de género, preferencia afectiva, edad, religión, credo, color, origen nacional, ascendencia, discapacidad, estado de salud o necesidad de servicios de salud a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

## Si quiere desafiliarse de UnitedHealthcare Community Plan

La División de Medicaid de Mississippi (DOM) requiere que un niño elegible bajo Children's Health Insurance Program esté matriculado con una Organización de Cuidados Coordinados (CCO).

Una vez que usted se inscribe con nosotros, tiene 90 días para cambiar de inscripción. Después de ese período, usted permanecerá un miembro de nuestro plan para el próximo año o hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que exista una circunstancia especial. También puede cambiar por cualquier razón durante los primeros 90 días de su membresía. Llame 1-800-884-3222 para cambiar su afiliación durante este período.

Después de sus primeros 90 días, puede haber circunstancias especiales que requieren que usted termine su membresía. Algunas posibles razones son:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio
- No cubrimos el servicio que está solicitando

Usted debe ponerse en contacto con el DOM por escrito o por teléfono para darse de baja o cambiar de plan.

Si tiene cualquier pregunta, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY 711.

## Cancelación de su inscripción “con causa”

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

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

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 49  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY 711.

## Otros detalles del plan

# Copagos

Un copago es un cargo que tal vez deba pagar cada vez que su hijo visita al médico o sala de emergencia. Hay tres planes de cobertura. Cada plan tiene un copago diferente que deberá pagar cuando visite al médico de su hijo. Consulte la tarjeta de identificación (ID) de su hijo para ver su copago.

Plan de cobertura	Visita al médico	Visita a la sala de emergencias	Copago máximo
MSCHP 01	\$0	\$0	\$0
MSCHP 02	\$5 por visita.	\$15 por visita.	\$800 por período de cobertura.
MSCHP 03	\$5 por visita.	\$15 por visita.	\$950 por período de cobertura.

### Copago máximo

El período de cobertura de su hijo es de un año. Puede existir un límite en el monto de copago que deba pagar durante el período de cobertura de su hijo. Este monto es el copago máximo. Recibirá una carta cuando alcance el copago máximo de su hijo, que indicará que no deberá pagar más cargos hasta el fin del período de inscripción de su hijo. Deberá conservar esta carta y mostrarla cuando lleve a su hijo al médico o a la sala de emergencias. Esto informará al médico que usted no tiene que pagar el copago. Si necesita otra copia de esta carta, llame a Servicios para Miembros.

### Si recibe una factura

Antes de que su hijo obtenga algún servicio de atención médica no cubierto, hable con su médico sobre cómo puede pagar esos servicios. Recuerde que si solicita un servicio que no está cubierto por UnitedHealthcare Community Plan, deberá pagar la factura. Pagaremos toda la atención cubierta suministrada por los proveedores de la red. Los proveedores de la red no deben cobrarle cargos, salvo los copagos, por la atención ofrecida como parte del plan de seguro médico de su hijo. Si alguna vez se le exige pagar por un servicio cubierto, comuníquese con el médico de su hijo inmediatamente y proporcionele su información del seguro y la dirección de UnitedHealthcare. No pague la factura. Si aun así recibe facturas, llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

Si desea llevar a su hijo a un proveedor que no forma parte de nuestra red, deberá obtener previa aprobación nuestra, a menos que se trate de una emergencia. Si hay médicos de nuestra red cerca de su hogar que pueden tratar la afección de su hijo, deberá visitar a un proveedor de la red. Si aun así desea llevar a su hijo al proveedor fuera de la red, usted puede ser el responsable del pago.

50 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

## Fraude y abuso

Cometer un fraude o abuso es ilegal. El **fraude** es un acto deshonesto que se comete a propósito.

Algunos ejemplos de fraude que pueden cometer los miembros son:

- Permitir que otra persona use su(s) tarjeta(s) del plan de salud de CHIP
- Obtener recetas con la intención de abusar o vender los medicamentos

Un ejemplo de fraude por parte de los proveedores es:

- La facturación por servicios que no se proporcionaron

El **abuso** es un acto que no se adhiere a las buenas prácticas.

Un ejemplo de abuso por parte de los miembros es:

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

Un ejemplo de abuso de los proveedores es:

- Recetar un artículo más caro de lo necesario

Cualquier persona que intencionalmente haga falsas declaraciones o una falsa reclamación para recibir o aumentar los beneficios de su hijo puede recibir cargos criminales. Esto puede hacer que se les lleve a juicio por fraude. Puede, así mismo, hacer que su hijo pierda sus beneficios de Mississippi CHIP. **Si usted sospecha de cualquier persona que haya cometido un fraude, llame al 1-866-242-7727, TTY 711** o puede llamar a la Oficina de Integridad del Programa de la División de Medicaid de Mississippi al 1-800-880-5920. Usted no tiene que dejar o dar su nombre.

## Su opinión cuenta

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

- Llame a Servicios para Miembros a **1-800-992-9940, TTY 711**
- Escríbanos a:

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

## Otros detalles del plan

---

### Comité de asesoramiento para miembros

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

## Incentivos para miembros

UnitedHealthcare Community Plan of Mississippi ofrece incentivos a los miembros para alentar a los miembros a completar las evaluaciones anuales de bienestar. Los miembros que son elegibles para incentivos recibirán comunicación sobre los programas actuales a través de llamadas y/o correos. Los miembros también pueden comunicarse con Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**, para obtener una lista de los incentivos actuales.

Cada año, UnitedHealthcare revisa el programa de incentivos. El incentivo para miembros generalmente se ofrece en forma de artículos relacionados con la salud o una tarjeta prepaga Mastercard de recompensa.

## Directivas avanzadas

Usted tiene el derecho de registrar una “Directiva Avanzada”, detallando los tratamientos médicos que le gustaría recibir si padece de una seria condición médica que pueda prevenir que usted le comunique a su doctor la forma en que quiere ser tratado.

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

# Derechos y responsabilidades

## Declaración de derechos y responsabilidades de UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted y su hijo tienen ciertos Derechos y Responsabilidades. Usted y su hijo tienen el derecho de ejercer sus derechos en cualquier momento. Si usted decide en ejercer sus derechos, no se afectará el tratamiento que recibe del Plan o de parte de cualquiera de los proveedores dentro de nuestra red. Si usted tiene cualquier pregunta acerca de sus derechos o acerca de la cobertura de sus cuidados de salud, por favor llame a Servicio para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

### Usted y su hijo tienen derecho a lo siguiente:

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

**¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), 53  
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

## Otros detalles del plan

---

- Recibir atención médica respetuosa en un entorno limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias
- Recibir información sobre incentivos para médicos
- Efectuar directrices anticipadas
- Obtener servicios que no se hayan negado o reducido. Estos servicios no deben ser negados o reducidos debido a un diagnóstico, al tipo de enfermedad o de problema médico.
- Acceso a servicios gratuitos de interpretación

Usted y su hijo tienen el derecho de ejercer sus derechos legales libremente en cualquier momento. Si usted decide ejercer esos derechos, no se afectará el tratamiento que recibe de parte del Plan o de cualquiera de los proveedores dentro de nuestra red.

### **Usted y su hijo tienen la responsabilidad de realizar lo siguiente:**

- Otorgar información que nosotros y el médico de su hijo necesitamos para proporcionarle una atención adecuada a su hijo
- Escuchar el consejo del médico, cumplir las instrucciones y formular preguntas
- Comprender los problemas de salud de su hijo y trabajar con el médico de su hijo para desarrollar los objetivos del tratamiento
- Trabajar con el médico de su hijo para proteger y mejorar su salud
- Averiguar cómo funciona el sistema de atención médica de su hijo
- Volver a visitar al médico de su hijo o pedir una segunda opinión si su hijo no mejora
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que espera para usted
- Decirnos si tiene problemas con algún personal de atención médica
- Siga el proceso para programar las citas
- Cumplir con las citas de su hijo. Si debe cancelarla, llame tan pronto como pueda.
- Usar la sala de emergencia solo para emergencias reales
- Llamar a su médico cuando su hijo necesite atención médica, incluso fuera del horario de consulta
- Pagar por cuidados de salud que no se hayan aprobado cuando han sido recibidos por proveedores que no participan dentro de nuestra red y tener el derecho a conocer como es la manera en la que usted puede obtener la aprobación para recibir esos servicios
- Informar al plan de cambios en el tamaño de la familia, dirección o cobertura de atención médica

## Queja de miembro, reclamación, apelación y revisión externa

### ¿Qué es una queja?

Una queja es una expresión de insatisfacción recibida oralmente o por escrito que es de una naturaleza menos seria o formal que se resuelve dentro de un (1) día calendario.

Una queja puede ser acerca de, pero no se limita a, consultas, asuntos, malentendidos o información errónea que se puede resolver rápidamente al aclarar el malentendido o proporcionar información precisa.

De acuerdo con el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Sección 438.402 (c) (ii), usted, un representante autorizado o un proveedor que actúe en su nombre pueden presentar un reclamo. Usted debe presentar la queja por escrito o por teléfono dentro de treinta (30) días calendario posteriores a la fecha del evento que provocó su insatisfacción.

Si alguien más va a presentar una queja por usted, debemos tener su permiso por escrito para que esa persona pueda presentar su queja. Cualquier queja que no se resuelva dentro de un (1) día calendario se tratará como una reclamación.

### ¿Qué es una reclamación?

Una reclamación es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una Determinación adversa de beneficios.

Una reclamación puede ser acerca de:

- Acceso a servicios/proveedores
- Cuidados médicos y tratamientos del proveedor
- Servicios al cliente
- Problemas de pago y reembolso
- Problemas administrativos

Los ejemplos de reclamaciones incluyen, entre otros, los siguientes:

- No está satisfecho con la calidad de los cuidados médicos o los servicios que recibe
- El doctor que desea consultar no es un doctor de UnitedHealthcare Community Plan

## Otros detalles del plan

---

### ¿Qué debo hacer si tengo una reclamación?

Usted u otra persona que actúe en su nombre (proveedor, miembro de la familia, etc., con su autorización por escrito) puede presentar una reclamación llamando o escribiendo a UnitedHealthcare Community Plan. Llame a:

**1-800-992-9940**, TTY **711** o escriba a:

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

Si usted necesita ayuda con su queja, llame al número de teléfono gratuito para miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. CT, de lunes a viernes (y de 7:30 a.m. a 8:00 p.m. CT los miércoles). Nosotros también estamos disponibles de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. CT el primer sábado y domingo de cada mes.

De acuerdo con el Título 42 del CFR, Sección 438.402 (c) (ii), usted, un representante autorizado o un proveedor que actúe en su nombre pueden presentar una queja. Si alguien más va a presentar una reclamación por usted, debemos tener su autorización por escrito para que esa persona pueda presentar su reclamación. Hay una forma que usted puede emplear en este manual para presentar una reclamación o dar su consentimiento por escrito.

Cuando usted llame para presentar una reclamación, le informaremos al momento de su llamada que hemos recibido su reclamación a menos que nos solicite que nosotros confirmemos el recibo por escrito. Si nos escribe para presentar una reclamación, le enviaremos una carta dentro de cinco (5) días calendario informándole que hemos recibido su reclamación. Revisaremos su reclamación y le enviaremos una notificación de nuestra decisión dentro de treinta (30) días calendario posterior a la recepción de su reclamación o lo haremos en forma expedita según lo requiera su estado de salud.

Si usted solicita más tiempo o demostramos que se necesita más información y la demora es en su propio interés, el plazo puede extenderse hasta 14 días. Si nosotros solicitamos más tiempo, haremos un intento razonable para llamarle y también le enviaremos una carta dentro de 2 días calendario para informarle por qué necesitamos de más tiempo.

### ¿Cuál es el período de tiempo en que un miembro puede presentar una reclamación?

Un miembro puede presentar una reclamación en cualquier momento.

### ¿Qué es una Determinación adversa de beneficios?

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

Una determinación de beneficios adversa puede incluir lo siguiente:

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

Una determinación adversa de beneficios es cuando UnitedHealthcare Community Plan hace cualquiera de lo siguiente:

- Niega o limita un servicio solicitado basado en el tipo o nivel de servicio, satisfaciendo la necesidad médica, idoneidad, entorno, efectividad;
- Reduce, suspende o cancela un servicio previamente autorizado;
- Niega el pago parcial o total de un servicio;
- No toma una decisión de autorización o no brinda servicios de manera oportuna;
- No resuelve una queja o apelación de manera oportuna;
- No permite que los miembros que viven en un área rural con una sola MCO obtengan servicios fuera de la red; o
- Niega la solicitud de un miembro de disputar una responsabilidad financiera, incluidos los costos compartidos, los copagos, el coseguro y otras responsabilidades financieras del miembro.

## Otros detalles del plan

---

### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es la solicitud que usted hace para que UnitedHealthcare revise una Determinación adversa de beneficios.

### ¿Cómo presento una apelación ante UnitedHealthcare Community Plan?

Usted u otra persona quién actúe en su nombre (proveedor, miembro de la familia, etc., con su permiso por escrito) pueden presentar una apelación llamando o escribiendo a UnitedHealthcare Community Plan. Llame al **1-800-992-9940**, TTY **711**, o escriba a:

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

Usted debe presentar su apelación dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha que figura en la Determinación adversa de beneficios de UnitedHealthcare. Si necesita ayuda para escribir o presentar una apelación, llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

De acuerdo con el Título 42 del CFR, Sección 438.402 (c) (ii), usted, un representante autorizado o un proveedor que actúe en su nombre pueden presentar una apelación. El tutor legal de un miembro menor o un representante del miembro designado por escrito para nosotros puede presentar una apelación en nombre del miembro. Hay una forma que usted puede emplear en este manual para escribir su apelación o para otorgar su consentimiento por escrito.

Usted tiene el derecho de mostrarnos cualquier prueba de los hechos o consultar nuestro archivo y la información que utilizamos para tomar una decisión acerca de su apelación. No hay ningún costo para usted. Usted recibirá una carta en la que se le indicará la razón por la decisión que tomamos y qué puede usted hacer si no está conforme con esa decisión. Los miembros tienen derecho a presentar información adicional o revisar su expediente acerca del caso de apelación para una apelación.

Cuando usted presente una apelación, le enviaremos una carta dentro de diez (10) días calendario informándole que hemos recibido su apelación. Revisaremos su apelación y le enviaremos nuestra decisión dentro de treinta (30) días calendario, a menos que usted o su doctor soliciten una apelación acelerada y acordemos que su condición de salud requiera una decisión rápida dentro de 72 horas. Si no estamos de acuerdo con usted o con la solicitud de su proveedor para una apelación acelerada, le llamaremos por teléfono y le enviaremos una carta y procesaremos su apelación dentro del tiempo de resolución estándar. UnitedHealthcare puede extender el plazo de resolución de una apelación hasta 14 días calendario a petición de un miembro o si UnitedHealthcare demuestra la necesidad de que se obtenga más información y que una demora en la entrega de la decisión es en el mejor interés del miembro. Para cualquier extensión no solicitada por el miembro, UnitedHealthcare hará un intento razonable para llamar y notificarle por escrito al miembro el motivo de la demora. Usted podrá presentar una reclamación si no solicitó una extensión y si no está de acuerdo con el plazo de la extensión.

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

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

### ¿Qué es una revisión externa independiente?

Una revisión externa independiente es una revisión de cualquier determinación adversa de beneficios que se lleva a cabo por una persona que no participó anteriormente en la revisión de su caso

Si un miembro no está satisfecho con nuestra decisión después de haber agotado el proceso de apelación, él o su representante aprobado pueden solicitar una revisión externa independiente. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**, o contacte la misma dirección que usó para solicitar su apelación y solicite una revisión externa independiente.

La solicitud de una revisión externa independiente debe realizarse dentro de los ciento veinte (120) días calendario posterior a la notificación de la resolución de la apelación. La organización de revisión externa tomará una decisión final.

Los miembros tienen derecho a solicitar que sus beneficios continúen dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de la resolución adversa de la apelación. La resolución de la revisión externa independiente con respecto a los beneficios seguirá estando pendiente. Si el revisor está de acuerdo con la decisión de UnitedHealthcare, es posible que el miembro sea responsable de pagar el costo de los beneficios o servicios continuados.

## Términos importantes

**Abuso:** Las prácticas del proveedor que no concuerdan con las buenas prácticas médicas, comerciales o fiscales y tienen como resultado un costo innecesario para el programa o un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente para la atención de la salud. También incluye las prácticas del miembro que tienen como resultado costos innecesarios para el programa.

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

Una determinación de beneficios adversa puede incluir lo siguiente:

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

**Apelación:** Una solicitud formal para que UnitedHealthcare revise una Determinación adversa de beneficio.

**Período del beneficio:** Es hasta por un año después de la inscripción al plan o hasta que su hijo(a) pierde su elegibilidad, cualquiera que sea primero.

**Queja:** Una expresión de insatisfacción de naturaleza menos seria o formal que se resuelve dentro de un (1) día hábil de recibo.

## Otros detalles del plan

---

**Copago:** Un pequeño cargo que los miembros deben pagar cuando usan determinados servicios, como visitas médicas o a la sala de emergencias.

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

**Reclamación:** Una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una Determinación adversa de beneficios. Las reclamaciones pueden incluir, pero no se limitan a, la calidad de la atención o los servicios prestados, y aspectos de las relaciones interpersonales, como la mala educación de un proveedor o empleado, o la falta de respeto de los derechos del afiliado, independientemente de si se solicitan medidas correctivas. La reclamación incluye el derecho de un afiliado a disputar una extensión de tiempo propuesta por la MCO, PIHP o PAHP para tomar una decisión de autorización.

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

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

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

**Hogar Médico:** Médico al cual usted lleva a su hijo en todo momento.

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

**Miembro:** Persona elegible inscrita en UnitedHealthcare a través del programa Mississippi CHIP.

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

**Receta:** Las instrucciones escritas por un médico para medicamentos o tratamientos.

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

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

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







# 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, nosotros<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 de salud.
- Cuándo podemos compartirla con otras personas o entidades.
- Qué derechos tiene sobre ella.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

## Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

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

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

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

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

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

¿Tiene preguntas? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), 67  
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-992-9940, TTY 711.

## Otros detalles del plan

---

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

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

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

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

## Otros detalles del plan

---

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

### Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

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

70 **¿Tiene preguntas?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**.

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

### Cómo usar sus derechos

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

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

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

# Aviso de privacidad de la información financiera

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Protegemos<sup>2</sup> su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal no es información de salud. Lo identifica y no está generalmente disponible al público.

### Información que recopilamos

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

### Divulgación de la información financiera personal

Solo compartiremos información financiera personal según lo permita la ley.

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

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

### Confidencialidad y seguridad

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

### Preguntas sobre este aviso

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

<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>.



# Estamos aquí para usted

---

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-800-992-9940**, TTY **711**. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan).

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

[myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)

**1-800-992-9940**, TTY **711**

**United  
Healthcare  
Community Plan**



