



Le damos la bienvenida a la comunidad

Manual para familias y niños miembros de UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota

Este también se conoce como Programa de asistencia médica prepagada (Prepaid Medical Assistance Program, PMAP).

Este folleto contiene información importante sobre sus servicios de atención de la salud.

Servicios para Miembros:

Llame al 1-888-269-5410, TTY 711, o use sus servicios de retransmisión preferidos.

Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

UnitedHealthcare
9800 Health Care Lane
Mail Code: MN006-W900
Minnetonka, MN 55343

myuhc.com/CommunityPlan

CSMN22MD0045449_000

United
Healthcare
Community Plan

Aviso de derechos civiles

La discriminación es ilegal. UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Nacionalidad
- Credo
- Religión
- Orientación sexual
- Estado de asistencia pública
- Edad
- Discapacidad (incluida la discapacidad física o mental)
- Sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)
- Estado civil
- Ideología política
- Afecciones médicas
- Estado de salud
- Recepción de servicios de atención de la salud
- Experiencia en reclamaciones
- Antecedentes médicos
- Información genética

Tiene derecho a presentar un reclamo por discriminación si cree que UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota lo trató de manera discriminatoria. Puede presentar un reclamo y solicitar ayuda para presentar un reclamo en persona o por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130
Número gratuito: **1-888-269-5410**, TTY **711**
Correo electrónico: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

Ayuda y servicios auxiliares: UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota proporciona ayuda y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, sin cargo y de manera oportuna, para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención de la salud. **Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-269-5410.**

Servicios de asistencia de idiomas: UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota proporciona documentos traducidos e interpretación del idioma hablado, sin cargo y de manera oportuna, cuando los servicios de asistencia de idiomas son necesarios para garantizar que las personas con dominio limitado del inglés tengan acceso significativo a nuestra información y nuestros servicios. **Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-269-5410.**

Reclamos sobre derechos civiles

Tiene derecho a presentar un reclamo por discriminación si cree que UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota lo trató de manera discriminatoria. También puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes agencias para presentar un reclamo por discriminación.

Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Tiene derecho a presentar un reclamo ante la OCR, una agencia federal, si cree que lo han discriminado por cualquiera de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Nacionalidad
- Edad
- Discapacidad
- Sexo
- Religión (en algunos casos)

Comuníquese directamente con la **OCR** para presentar un reclamo:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Midwest Region
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601

Centro de respuesta al cliente: Número gratuito: 800-368-1019
Número gratuito de TDD: 800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR)

En Minnesota, tiene derecho a presentar un reclamo ante el Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Rights, MDHR), si cree que lo han discriminado por cualquiera de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Nacionalidad
- Religión
- Credo
- Sexo
- Orientación sexual
- Estado civil
- Estado de asistencia pública
- Discapacidad

Comuníquese directamente con el **MDHR** para presentar un reclamo:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201
St. Paul, MN 55104

Para dejar un mensaje de voz: 651-539-1100
Línea gratuita: 800-657-3704
Servicio de retransmisión de MN: 711 o 800-627-3529
Fax: 651-296-9042
Correo electrónico: Info.MDHR@state.mn.us

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS)

Tiene derecho a presentar un reclamo ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (Department of Human Services, DHS), si cree que lo han discriminado en nuestros programas de atención de la salud por cualquiera de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Nacionalidad
- Religión (en algunos casos)
- Edad
- Discapacidad (incluida la discapacidad física o mental)
- Sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)

Los reclamos deben presentarse por escrito en el plazo de 180 días desde la fecha en que descubrió la supuesta discriminación. El reclamo debe incluir su nombre y dirección, y describir la discriminación por la que presenta el reclamo. Lo revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si tenemos autoridad, investigaremos el reclamo.

El DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Si usted no está de acuerdo con la decisión, tendrá derecho a apelar. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que el DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve e indique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional que considere importante.

Si presenta un reclamo de esta manera, las personas que trabajan para la agencia nombrada en el reclamo no pueden tomar represalias en su contra. Esto significa que no pueden castigarlo de ninguna manera por presentar un reclamo. Presentar un reclamo de esta manera no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese directamente con el **DHS** para presentar un reclamo por discriminación:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997

Para dejar un mensaje de voz: 651-431-3040 o use su servicio de retransmisión preferido.

Declaración de salud para indígenas estadounidenses

Los indígenas estadounidenses pueden comenzar a usar clínicas tribales y de Servicios de salud para indígenas (Indian Health Services, IHS) o continuar usándolas. No requeriremos aprobación previa ni impondremos ninguna condición para que usted reciba servicios en estas clínicas. Para personas mayores de 65 años, esto incluye servicios de Exención para adultos (Elderly Waiver, EW) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor en una clínica tribal o de IHS lo refiere a un proveedor de nuestra red, no le exigiremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes del referido.

1-888-269-5410, TTY 711

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

ያስተውሉ: ከላምንም ክፍያ ይህንን ዶኩመንት የሚተረጎም ለኦሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤစာရွက်စာတမ်းအား အခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။*

កំណត់សម្គាល់: បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះ ដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមលេខខាងលើ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သုဉ်ဟ်သး. နမ့ၢ်လိာ်ဘၣ်တၢ်မၤစၢၤကလီၤနၤလၢ တၢ်ကကွဲးကျိးထံဝဲဒၣ် လံာ်တီလံာ်မိတခါအံၤအဃိ ကိးလိတဲစိနိာ်ဂံၢ် လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ ວິ, ຈົ່ງໂທໂປທີ່ໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

Índice

Le damos la bienvenida a UnitedHealthcare	8
Sección 1: Números de teléfono e información de contacto	10
Sección 2: Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita	13
Sección 3: Declaración de derechos de los miembros	18
Sección 4: Responsabilidades de los miembros	20
Sección 5: Su tarjeta de identificación (ID) de miembro del plan de salud	21
Sección 6: Costo compartido	22
Sección 7: Servicios cubiertos	25
Sección 8: Servicios que no cubrimos	60
Sección 9: Servicios que no están cubiertos por el Plan, pero que pueden estar cubiertos a través de otra fuente	61
Sección 10: Cuándo llamar al trabajador de su condado	63
Sección 11: Cómo usar la cobertura del Plan con otro seguro	64
Sección 12: Subrogación u otro reclamo	65
Sección 13: Proceso de quejas, apelaciones y apelaciones estatales (audiencia imparcial con el estado)	66
Sección 14: Definiciones	73
Sección 15: Información adicional	80

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 7

Bienvenido a UnitedHealthcare

Nos complace darle la bienvenida como miembro de UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota (denominado “UnitedHealthcare”, “Plan” o “el Plan”). UnitedHealthcare (denominado “nosotros”, “nos” o “nuestro”) forma parte del programa para familias y niños. Coordinamos y cubrimos sus servicios médicos. Obtendrá la mayoría de sus servicios de salud a través de la red de proveedores del Plan. Puede llamarnos cuando necesite atención de la salud o tenga preguntas sobre sus servicios de salud. Lo ayudaremos a decidir qué hacer a continuación y a qué médico acudir.

Si es nuevo en UnitedHealthcare, recibirá una encuesta para nuevos miembros para completar por teléfono o en línea. Esta es una encuesta voluntaria. Solo le tomará unos minutos completarla. Lo alentamos a completarla, ya que esta nos ayudará a conectarlo con servicios de atención de la salud u otros servicios disponibles para usted como miembro. Según sus respuestas, podemos comunicarnos con usted para obtener más información. Si tiene preguntas sobre esta encuesta, llame a Servicios para Miembros.

Este Manual para Miembros es nuestro contrato con usted. Es un documento legal importante.

Este Manual para Miembros incluye lo siguiente:

- Información de contacto
- Información sobre cómo obtener la atención que necesita
- Sus derechos y responsabilidades como miembro del Plan
- Información sobre costos compartidos
- Una lista de los servicios de atención de la salud cubiertos y no cubiertos
- Cuándo llamar al trabajador de su condado
- Cómo usar la cobertura del Plan con otro seguro u otras fuentes de pago
- Información sobre qué hacer si tiene una queja (reclamo) o desea apelar una acción del Plan, según se define en la Sección 13
- Definiciones

Los condados en el área de servicio del Plan son los siguientes:

- Anoka
- Carver
- Dakota
- Hennepin
- Ramsey
- Scott
- Washington

Infórmenos su opinión de nosotros. Puede llamar en cualquier momento. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**. Sus comentarios (tanto positivos como negativos) serán siempre bienvenidos. De vez en cuando, llevamos a cabo encuestas entre nuestros miembros y les pedimos que nos cuenten sus experiencias con nosotros. Si nos comunicamos con usted, esperamos que participe en una encuesta de satisfacción de los miembros. Sus respuestas a las preguntas de la encuesta nos ayudarán a saber qué estamos haciendo bien y qué aspectos necesitamos mejorar.

Sección 1:

Números de teléfono e información de contacto

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a Servicios para Miembros. Nos complacerá ayudarlo. El horario de atención de Servicios para Miembros es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Llame al **1-888-269-5410, TTY 711**

Sitio web myuhc.com/CommunityPlan/MN

Sitio web desde el teléfono móvil **Aplicación de UnitedHealthcare**

Apelaciones y quejas Fax: **801-994-1082**

Dirección para presentar una apelación o queja por escrito:

UnitedHealthcare
Grievances and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Para obtener más información, consulte la Sección 13.

Servicios quiroprácticos **1-888-269-5410, TTY 711**

Servicios dentales **1-888-269-5410, TTY 711**

Criterios de cobertura para el equipo médico duradero **1-888-269-5410, TTY 711**

NurseLine **1-800-718-9066, TTY 711**

El personal de enfermería registrado de NurseLine brinda a los consumidores elegibles acceso a apoyo clínico inmediato las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, a través de un número de teléfono gratuito o chat en Internet.

10 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410, TTY 711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 1: Números de teléfono e información de contacto

Servicios de interpretación:

Lenguaje de señas estadounidense (American Sign Language, ASL) . . .	1-888-269-5410, TTY 711
Idioma hablado	1-888-269-5410, TTY 711
Servicios de salud mental y conductual	1-888-269-5410, TTY 711
Recetas	1-888-269-5410, TTY 711
Servicios para trastornos por consumo de sustancias	1-888-269-5410, TTY 711
Transporte	1-888-444-1519, TTY 711

Otra información de contacto importante

Las personas con pérdida de la audición o discapacidad del habla pueden llamar a los siguientes números para acceder a los recursos enumerados en este Manual para Miembros: **711**, Servicio de retransmisión de Minnesota al 1-800-627-3529 (TTY, teléfono, ASCII, transferencia de audición) o al 1-877-627-3848 (servicio de retransmisión telefónica). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Para obtener más información sobre las directivas de atención de la salud y cómo ejercer una directiva anticipada, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare al **1-888-269-5410, TTY 711**. Puede encontrar más información sobre las directivas de atención de la salud en: myuhc.com/CommunityPlan. También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud de Minnesota (Minnesota Department of Health, MDH) en: <https://www.health.state.mn.us/facilities/regulation/infobulletins/advdir.html>.

Para denunciar fraudes y abusos a UnitedHealthcare por teléfono llame al 1-844-359-7736 o en línea en <https://www.uhc.com/fraud>. Para denunciar fraude o abuso directamente al Estado, comuníquese con la Sección de Vigilancia y Revisión de Integridad (Surveillance and Integrity Review Section, SIRS) en el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota por teléfono al 651-431-2650 o al 1-800-657-3750 (número gratuito) o TTY 711, o bien, use sus servicios de retransmisión preferidos. También puede comunicarse por fax al 651-431-7569 o por correo electrónico a DHS.SIRS@state.mn.us. Esta llamada es gratuita.

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Services)

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota es una agencia estatal que ayuda a las personas a satisfacer sus necesidades básicas. Proporciona o administra atención de la salud, ayuda financiera y otros servicios. El DHS administra el programa de Asistencia Médica (Medicaid) a través de los condados. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para el programa de Asistencia Médica (Medicaid), comuníquese con el trabajador de su condado.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410, TTY 711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 11

Sección 1: Números de teléfono e información de contacto

Ombudsman para programas públicos de atención de la salud administrada

El ombudsman para programas públicos de atención de la salud administrada, del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, ayuda a las personas inscritas en un plan de salud a resolver problemas de acceso, servicio y facturación. Allí pueden ayudarlo a presentar una queja o apelación ante nosotros. El ombudsman también puede ayudarlo a solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial con el estado). Llame al 651-431-2660 o 1-800-657-3729 o TTY 711. Esta llamada es gratuita. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 4:30 p. m.

Sección 2:

Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita

Cada vez que reciba servicios de salud, asegúrese de que el proveedor sea un proveedor de la red del Plan. En la mayoría de los casos, debe utilizar proveedores de la red del plan para obtener sus servicios. Los miembros tienen acceso a un Directorio de proveedores que enumera los proveedores de la red del Plan. Puede pedir una copia impresa de este en cualquier momento. Para verificar la información actual, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

Cuando usted es miembro o se convierte en miembro de UnitedHealthcare, elige un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) o se le asigna uno. Su proveedor de atención primaria (PCP) puede proporcionarle la mayoría de los servicios de atención de la salud que necesita y lo ayudará a coordinar su atención. Este proveedor también le informará si necesita ir a especialistas. Puede cambiar su proveedor de atención primaria (PCP). Comuníquese con Servicios para Miembros para cambiar de proveedor.

No necesita un referido para acudir a un especialista. Sin embargo, su clínica de atención primaria puede proporcionarle la mayoría de los servicios de atención de la salud que necesita y lo ayudará a coordinar su atención.

Comuníquese con su clínica de atención primaria para obtener información sobre el horario de atención de la clínica, las autorizaciones previas y para programar una cita. Si no puede asistir a su cita, llame a su clínica de inmediato.

Puede cambiar su proveedor o clínica de atención primaria. Para averiguar cómo hacerlo, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

Transición de la atención

Si usted es un miembro recientemente inscrito que actualmente recibe atención de un proveedor que no es un proveedor de la red del Plan, lo ayudaremos a hacer la transición a un proveedor de la red.

Si actualmente toma un medicamento que no está cubierto por su nuevo plan, es posible que pueda recibir un suministro temporal de hasta 90 días. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 2: Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita

Autorizaciones previas

Se necesita nuestra aprobación para que algunos servicios estén cubiertos. Esto se conoce como autorización previa. La aprobación debe obtenerse antes de que reciba los servicios o antes de que paguemos por ellos. Muchos de estos servicios se indican en la Sección 7. Trabaje con su proveedor de atención primaria para obtener una autorización previa cuando sea necesario. Para obtener más información, llame a Servicio para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

En la mayoría de los casos, debe utilizar proveedores de la red del plan para obtener sus servicios. Si necesita un servicio cubierto que no puede obtener de un proveedor de la red del plan, debe obtener una autorización previa de nosotros para visitar a un proveedor fuera de la red. Las excepciones a esta regla son las siguientes:

- Servicios de acceso abierto: planificación familiar, diagnóstico de infertilidad, pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted diseases, STD) y pruebas de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) u otras afecciones relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Puede ir a cualquier médico, clínica, farmacia o agencia de planificación familiar, incluso si no está en nuestra red, para recibir estos servicios.
- Servicios de emergencia y posteriores a la estabilización.

Si no podemos encontrar un proveedor calificado de la red del Plan, debemos darle una autorización previa permanente para que vaya a un especialista calificado por cualquiera de las siguientes afecciones:

- Una afección crónica (en curso)
- Una enfermedad mental o física potencialmente mortal
- Un embarazo que supera los primeros tres meses (primer trimestre)

Si no obtiene una autorización previa de nuestra parte cuando sea necesario, es posible que no se pague la factura. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**. Si un proveedor que elige ya no pertenece a nuestra red del Plan, debe elegir otro proveedor de la red del Plan. Es posible que pueda continuar utilizando los servicios de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red del Plan durante un máximo de 120 días por los siguientes motivos:

- Una afección aguda.
- Una enfermedad mental o física potencialmente mortal.
- Un embarazo que supera los primeros tres meses (primer trimestre).
- Una discapacidad física o mental definida como una incapacidad para realizar una o más actividades importantes de la vida. Esto se aplica a una discapacidad que ha durado o se espera que dure al menos un año, o es probable que provoque la muerte.
- Una afección incapacitante o crónica que se encuentra en una fase aguda.

Si su médico certifica que usted tiene una expectativa de vida de 180 días o menos, es posible que pueda continuar utilizando los servicios durante el resto de su vida de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red.

14 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 2: Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

En UnitedHealthcare, contamos con personal que puede ayudarlo a encontrar la mejor manera de usar los servicios de atención de la salud. Si tiene preguntas sobre cosas como dónde obtener servicios, cómo obtener una autorización para servicios o restricciones sobre medicamentos con receta, podemos ayudarlo. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**. Si necesita asistencia de idiomas para hablar sobre estos temas, UnitedHealthcare puede brindarle información en su idioma a través de un intérprete. Para obtener servicios de lenguaje de señas, llame al **711**. Para obtener asistencia con otros idiomas, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

Servicios cubiertos y sin cobertura

La inscripción en el Plan no garantiza que ciertos artículos estén cubiertos. Es posible que algunos medicamentos con receta o equipos médicos no estén cubiertos. Esto es así incluso si estaban cubiertos antes.

Algunos servicios y suministros no están cubiertos. Todos los servicios de salud deben ser médicamente necesarios para que sean servicios cubiertos. Lea este Manual para Miembros con atención. Este enumera muchos servicios y suministros que no están cubiertos. Consulte las Secciones 7 y 8.

Algunos servicios no están cubiertos por el Plan, pero pueden estar cubiertos a través de otra fuente. Para obtener más información, consulte la Sección 9. Si no está seguro de si un servicio está cubierto, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

Podemos cubrir servicios adicionales o sustitutos en algunas condiciones.

Costo compartido

Es posible que se le pida que contribuya un monto para algunos servicios médicos. Esto se denomina costo compartido. Usted es responsable de pagar el monto del costo compartido a su proveedor. Para obtener más información, consulte la Sección 6.

Pagos a proveedores

No podemos reembolsarle la mayoría de las facturas médicas que usted paga. Las leyes estatales y federales nos impiden pagarle directamente. Si pagó por un servicio que cree que deberíamos haber cubierto, llame a Servicios para Miembros.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 2: Información importante sobre cómo obtener la atención que necesita

Puede obtener servicios o suministros de salud no cubiertos por el Plan si acepta pagarlos. Los proveedores deben pedirle que firme un formulario en el que reconozca que usted será responsable del pago de la factura. Los proveedores deben tener un formulario firmado antes de proporcionar servicios o suministros que no estén cubiertos por el Plan.

Conciencia cultural

Entendemos que sus creencias, cultura y valores desempeñan un papel en su salud. Queremos ayudarlo a mantener una buena salud y buenas relaciones con su médico. Queremos asegurarnos de que reciba atención de una manera culturalmente sensible.

Servicios de interpretación

Proporcionaremos servicios de interpretación para ayudarlo a acceder a los servicios. Esto incluye intérpretes de idioma hablado e intérpretes de lenguaje de señas estadounidense (ASL). Los servicios de intérpretes de idioma hablado en persona solo están cubiertos si el intérprete figura en la Lista de intérpretes de idioma hablado para atención de la salud del Departamento de Salud de Minnesota. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** para averiguar qué intérpretes puede usar.

Otro seguro médico

Si tiene otro seguro médico o dental, infórmenos **antes** de recibir atención. Le informaremos si debe usar los proveedores de la red del Plan o los proveedores de atención médica utilizados por su otro seguro. Coordinaremos con su otro plan de seguro. Si su otro seguro de salud o dental cambia, informe al trabajador de su condado.

Si tiene Medicare, debe obtener la mayoría de sus medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare). Debe estar inscrito en un plan de medicamentos con receta de Medicare para obtener estos servicios. El Plan no paga las recetas que están cubiertas por el Programa de Medicamentos con Receta de Medicare.

Información privada

Nosotros, y los proveedores de atención médica que lo cuidan, tenemos derecho a obtener información sobre su atención de la salud. Cuando se inscribió en el Programa de atención de la salud de Minnesota, otorgó su consentimiento para que lo hagamos. Mantendremos la privacidad de esta información de acuerdo con la ley.

16 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Programa de beneficiarios restringidos

El Programa de Beneficiarios Restringidos (Restricted Recipient Program, RRP) está destinado a miembros que han utilizado indebidamente los servicios de salud. Esto incluye recibir servicios de salud que los miembros no necesitaban, usarlos de una manera que cueste más de lo que deberían o de una manera que pueda ser peligrosa para la salud de un miembro. UnitedHealthcare notificará a los miembros si se les incluye en el Programa de Beneficiarios Restringidos.

Si está en el Programa de Beneficiarios Restringidos, debe obtener servicios de salud de un proveedor de atención primaria, una clínica, un hospital utilizado por el proveedor de atención primaria y una farmacia designados. UnitedHealthcare puede designar otros proveedores de servicios de salud. También es posible que se le asigne a una agencia de atención médica domiciliaria. Es posible que no se le permita usar la opción de asistencia para el cuidado personal u opciones de uso flexibles, o servicios dirigidos por el consumidor.

Estará restringido a estos proveedores de atención médica designados durante al menos 24 meses de elegibilidad para los Programas de atención de la salud de Minnesota (Minnesota Health Care Programs, MHCP). Su proveedor de atención primaria deberá emitir todos los referidos a especialistas, y el Programa de Beneficiarios Restringidos de UnitedHealthcare deberá recibirlos. Es posible que los beneficiarios restringidos no paguen de su bolsillo para consultar a un proveedor no designado que sea del mismo tipo de proveedor que uno de sus proveedores designados.

Usted seguirá estando incluido en el programa si cambia de plan de salud. También seguirá incluido en el programa si se cambia a MHCP con cargo por servicio. No perderá la elegibilidad para el MHCP debido a su inclusión en el programa. Al final de los 24 meses, se revisará su uso de los servicios de atención de la salud. Si aún utilizó indebidamente los servicios de salud, se lo incluirá en el programa durante 36 meses adicionales de elegibilidad. Tiene derecho a apelar su inclusión en el Programa de Beneficiarios Restringidos. Debe presentar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha que figura en el aviso. Debe apelar dentro de los 30 días para evitar que se implemente la restricción durante su apelación. El miembro puede solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial con el estado) después de recibir nuestra decisión de hacer cumplir la restricción. Consulte la Sección 13.

Cancelación

Su cobertura con nosotros se cancelará si no es elegible para el programa de Asistencia Médica (Medicaid) o si se inscribe en un plan de salud diferente.

Si ya no es elegible para el programa de Asistencia Médica (Medicaid), puede ser elegible para adquirir cobertura de salud a través de MNsure. Para obtener información sobre MNsure, llame al 1-855-3MNSURE o al 1-855-366-7873; use sus servicios de retransmisión preferidos, o bien, visite www.MNsure.org. Esta llamada es gratuita.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 3:

Declaración de derechos de los miembros

Tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con respeto, dignidad y consideración por su privacidad.
- Obtener los servicios que necesita las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esto incluye emergencias.
- Recibir información sobre sus problemas de salud.
- Obtener información sobre los tratamientos, sus opciones de tratamiento y cómo los tratamientos lo ayudarán o lo perjudicarán.
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención de la salud.
- Tener una conversación franca sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Rechazar el tratamiento y obtener información sobre lo que podría suceder si se niega a recibir el tratamiento.
- Rechazar la atención de proveedores específicos.
- Saber que mantendremos la privacidad de sus registros de acuerdo con la ley.
- Pedir y obtener una copia de sus registros médicos. También tiene derecho a solicitar la corrección de los registros.
- Recibir una notificación de nuestras decisiones si rechazamos, reducimos o suspendemos un servicio, o rechazamos el pago de un servicio.
- Presentar una queja o apelación antes nosotros. También puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud de Minnesota.
- Solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial con el estado) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (también denominado “el estado”). Debe apelar ante nosotros antes de solicitar una apelación estatal. Si nos tomamos más de 30 días para tomar una decisión sobre su apelación al plan y no hemos solicitado una extensión, no es necesario que espere nuestra decisión de solicitar una apelación estatal.

Sección 3: Declaración de derechos de los miembros

- Recibir una explicación clara de los servicios de atención domiciliaria cubiertos.
- Dar instrucciones por escrito que informen a otras personas sobre sus deseos con respecto a su atención de la salud. Esto se denomina “directiva de atención de la salud”. Esta le permite nombrar a una persona (agente) para que tome decisiones por usted si no puede hacerlo, o si desea que otra persona decida por usted.
- Elegir dónde recibirá servicios de planificación familiar, diagnóstico de infertilidad, servicios de tratamiento y pruebas de enfermedades de transmisión sexual, y servicios de pruebas de sida y VIH.
- Obtener una segunda opinión sobre los servicios médicos, de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias.
- No ser sometido a limitación ni aislamiento como medio de coacción, disciplina, comodidad o represalia.
- Solicitar una copia por escrito de este Manual para Miembros al menos una vez al año.
- Obtenga la siguiente información de nosotros, si la solicita. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.
 - Si usamos un plan de incentivos para médicos que afecte el uso de los servicios de referidos, y detalles sobre el plan si usamos uno
 - Resultados de un estudio de revisión de calidad externo del estado
 - Información sobre las calificaciones profesionales de los proveedores de atención médica
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades.
- Ejercer los derechos enumerados aquí.

Sección 4:

Responsabilidades de los miembros

Tiene la responsabilidad de hacer lo siguiente:

- Leer este Manual para Miembros y saber qué servicios están cubiertos por el Plan y cómo obtenerlos.
- Mostrar su tarjeta de identificación de miembro del plan de salud y su tarjeta del Programa de atención de la salud de Minnesota cada vez que reciba atención de la salud. Mostrar también las tarjetas de cualquier otra cobertura de salud que tenga, como Medicare o un seguro privado.
- Establecer una relación con un proveedor de atención primaria de la red del Plan antes de enfermarse. Esto les ayuda a usted y a su médico de atención primaria a comprender su afección de salud total.
- Proporcionar información solicitada por su proveedor de atención primaria o plan de salud para que se le pueda proporcionar la atención o los servicios adecuados. Compartir información sobre sus antecedentes médicos.
- Trabajar con su proveedor de atención primaria para comprender su afección de salud total. Establecer objetivos de tratamiento acordados mutuamente cuando sea posible. Cumplir con los planes y las instrucciones de atención que ha acordado con su médico. Si tiene preguntas sobre su atención, consulte a su proveedor de atención primaria.
- Saber qué hacer cuando ocurre un problema de salud, cuándo y dónde buscar ayuda, y cómo prevenir problemas de salud.
- Practicar la atención de la salud preventiva. Hacerse pruebas y exámenes y colocarse las vacunas recomendadas según su edad y sexo.

Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta, inquietud, problema o sugerencia. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

Sección 5:

Su tarjeta de identificación (ID) de miembro del plan de salud

Cada miembro recibirá una tarjeta de identificación de miembro del Plan.

Lleve siempre su tarjeta de identificación de miembro del Plan con usted.

Debe mostrar su tarjeta de identificación de miembro del Plan cada vez que reciba atención de la salud.

Debe usar su tarjeta de identificación de miembro del Plan junto con su tarjeta del Programa de atención de la salud de Minnesota. Mostrar también las tarjetas de cualquier otra cobertura de salud que tenga, como Medicare o un seguro privado.

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** de inmediato si pierde su tarjeta de identificación de miembro o se la roban. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Llame a su trabajador del condado si pierde su tarjeta del Programa de atención de la salud de Minnesota o se la roban.

Esta es una tarjeta de identificación de miembro del Plan de muestra para que vea qué aspecto tiene:

Grupal

The diagram shows a sample health plan member ID card. It is divided into two main sections. The left section contains member and provider information, while the right section contains emergency and service contact information. Callouts with brackets point to specific fields on the card.

<p>United Healthcare Community Plan</p> <p>Health Plan (80840) 911-87726-04</p> <p>ID: 001500007 Grp: MNHCP</p> <p>Name: NEW M SPANISH</p> <p>PMI#: 9999999997</p> <p>PCP: DOUGLAS GETWELL PCP Phone: (717)851-6816</p> <p>Svc Type: Medical/RX</p> <p>0501</p> <p>Care Type: Families & Children Medical Assistance Administered by UnitedHealthcare of Illinois, Inc.</p>	<p>In an emergency go to nearest emergency room or call 911. Printed: 09/20/21</p> <p>This card does not guarantee coverage. Authorization is not required for emergency care. For coordination of care call your PCP. To verify eligibility and benefit information, view claims, or to find a provider, call the customer service number below or visit the website www.myuhc.com/communityplan.</p> <p>For Customer Service: 888-269-5410 TTY 711</p> <p>Nurseline: 800-718-9066</p> <p>Complaints, Appeals & Grievances: 888-269-5410</p> <p>State Ombudsperson: 800-657-3729</p> <p>For Providers: UHCprovider.com 877-440-9946</p> <p>Medical Claims: PO Box 5270, Kingston, NY, 12402-5270</p> <p>Precertification & Utilization Review: 877-440-9946</p> <p>Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334</p> <p>For Pharmacists: 844-495-8038</p>
---	--

Callouts from the left side:

- Grupal (points to the top of the card)
- Número de identificación del miembro (points to ID: 001500007)
- PCP (points to PCP: DOUGLAS GETWELL)
- Teléfono del PCP (points to PCP Phone: (717)851-6816)

Callouts from the right side:

- NurseLine (points to Nurseline: 800-718-9066)
- Reclamos, apelaciones y quejas (points to Complaints, Appeals & Grievances: 888-269-5410)
- Ombudsman estatal (points to State Ombudsperson: 800-657-3729)

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 21

Sección 6:

Costo compartido

El costo compartido se refiere a su responsabilidad de pagar un monto de sus costos médicos. Para las personas que forman parte del programa para familias y niños, el costo compartido consiste solo en copagos.

Usted pagará no más del cinco por ciento de sus ingresos familiares mensuales por costos compartidos. Esto puede reducir el monto del copago a menos de los montos que se enumeran aquí. El DHS nos informará todos los meses si tiene un monto de costo compartido reducido.

Copagos

Los miembros que se mencionan aquí **no** tienen que pagar copagos por servicios médicos que están cubiertos por el programa Asistencia Médica (Medicaid) en virtud del Plan:

- Mujeres embarazadas (si queda embarazada, informe a su trabajador del condado de inmediato)
- Miembros menores de 21 años de edad
- Miembros que reciben cuidados paliativos
- Miembros que residan en un asilo de ancianos, hospital u otro centro de atención a largo plazo durante más de 30 días
- Indígenas americanos que reciben o alguna vez hayan recibido un servicio de un proveedor de atención médica indígena o a través de un referido de Servicios de Salud por Contrato de Servicios de Salud Indígena (Indian Health Service Contract Health Services, IHS CHS) de un centro de IHS

Algunos servicios requieren copagos. Un copago es un monto que usted será responsable de pagar a su proveedor.

Los copagos se enumeran en la siguiente tabla.

Servicio	Monto del copago
Visitas no preventivas (como visitas por dolor de garganta, control de la diabetes, fiebre alta, dolor de espalda, etc.) proporcionadas por un médico, asistente médico, personal de enfermería de práctica avanzada, partera profesional certificada, quiropráctico, acupunturista, podólogo, audiólogo u oftalmólogo. No hay copagos para los servicios de salud mental.	\$3.00
Procedimientos de diagnóstico (por ejemplo, endoscopia, artroscopia)	\$3.00
Visita a la sala de emergencias cuando no es una emergencia	\$3.50
Medicamentos con receta de marca Lo máximo que tendrá que pagar en copagos por medicamentos con receta es \$12.00 por mes.	\$3.00
Medicamentos genéricos Lo máximo que tendrá que pagar en copagos por medicamentos con receta es \$12.00 por mes.	\$1.00

Lo máximo que tendrá que pagar en copagos por medicamentos con receta es \$12.00 por mes. No se cobrarán copagos por algunos medicamentos para la salud mental ni por la mayoría de los medicamentos de planificación familiar.

Si tiene Medicare, debe obtener la mayoría de sus medicamentos con receta a través de un plan del Programa de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare). Es posible que tenga copagos diferentes sin límite mensual para algunos de estos servicios.

Debe pagar su copago directamente a su proveedor. Algunos proveedores requieren que usted pague el copago cuando llega para recibir el servicio médico. El hospital puede facturarle después de su visita que no sea de emergencia a la sala de emergencias.

Si no puede pagar el copago, el proveedor debe seguir prestando servicios. Esto es cierto incluso si no ha pagado su copago a ese proveedor en el pasado o si tiene otras deudas con ese proveedor. El proveedor aún puede facturarle los copagos impagos.

Obtenemos información del estado sobre qué miembros no tienen copagos. Es posible que deba pagar un copago hasta que aparezca en nuestro sistema como una persona que no tiene que pagar copagos.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 6: Costo compartido

Ejemplos de servicios que no tienen copagos:

- Servicios dentales
- Servicios de emergencia
- Anteojos
- Suministros y servicios de planificación familiar
- Atención a domicilio
- Vacunas
- Estadías para pacientes hospitalizados
- Servicios de interpretación
- Suministros y equipos médicos
- Transporte médico
- Servicios de salud mental
- Visitas de atención preventiva, como exámenes físicos
- Terapias de rehabilitación
- Reparación de anteojos
- Servicios cubiertos por Medicare, excepto los medicamentos de la Parte D de Medicare
- Algunos medicamentos para la salud mental (antipsicóticos)
- Algunas pruebas de detección preventivas y asesoramiento, como exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y asesoramiento nutricional
- Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias
- Pruebas como análisis de sangre y radiografías
- Asesoramiento e intervenciones sobre el consumo de tabaco
- Servicios 100% financiados por el gobierno federal en clínicas de Servicios de salud para indígenas

Esta no es una lista completa. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, si tiene alguna pregunta.

Sección 7:

Servicios cubiertos

Esta sección describe los principales servicios que están cubiertos por el Plan para los miembros del programa Asistencia Médica (Medicaid). No es una lista completa de los servicios cubiertos. Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**. Algunos servicios tienen limitaciones. Algunos servicios requieren autorización previa. Asegúrese de que exista una autorización previa vigente antes de recibir el servicio. Un servicio marcado con un asterisco (*) significa que se requiere o puede requerir autorización previa. Algunos servicios requieren autorización previa. Todos los servicios de atención de la salud deben ser médicamente necesarios para que estén cubiertos. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

Algunos servicios requieren costos compartidos. El costo compartido se refiere a su responsabilidad de pagar un monto de sus costos médicos. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre los costos compartidos y las excepciones a los costos compartidos.

Servicios de acupuntura

Servicios cubiertos:

Los servicios de acupuntura están cubiertos cuando los proporciona un acupunturista matriculado o por otro profesional matriculado de Minnesota con capacitación y acreditación en acupuntura.

Se permiten hasta 20 unidades de servicios de acupuntura por año calendario sin autorización. Solicite autorización previa si se necesitan unidades adicionales.*

* Requiere o puede requerir autorización previa

Sección 7: Servicios cubiertos

Los servicios de acupuntura están cubiertos para lo siguiente:

- Dolor agudo y crónico
- Depresión
- Ansiedad
- Esquizofrenia
- Síndrome de estrés postraumático
- Insomnio
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Síndrome de piernas inquietas
- Trastornos menstruales
- Xerostomía (boca seca) asociada con lo siguiente:
 - Síndrome de Sjogren
 - Radioterapia
- Náuseas y vómitos asociados con lo siguiente:
 - Procedimientos posoperatorios
 - Embarazo
 - Atención contra el cáncer

Chequeo para niños y adolescentes (Child and Teen Checkups, C&TC)

Servicios cubiertos:

Las visitas de salud preventivas para el chequeo para niños y adolescentes (C&TC) incluyen lo siguiente:

- Mediciones de crecimiento
- Educación sobre la salud
- Antecedentes médicos, incluida la nutrición
- Exploración del desarrollo
- Examen de salud mental o socioemocional
- Examen físico de pies a cabeza
- Vacunas
- Análisis de laboratorio
- Controles de la visión
- Controles de la audición
- Salud bucal, incluida la aplicación de barniz de fluoruro

Notas:

El C&TC es un programa de atención de la salud de visitas del niño sano para miembros menores de 21 años. Las visitas para el C&TC ayudan a mantener a los niños sanos y pueden brindar más apoyo, si es necesario. La frecuencia con la que se necesita un C&TC depende de la edad:

- Desde el nacimiento hasta los 2 años y medio: 0–1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses
- De 3 a 21 años: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 años

A partir de los 11 años, cada visita puede incluir una reunión individual con el proveedor de atención médica. Esto ofrece tiempo para preguntas y conversaciones sobre necesidades y objetivos de salud, y ayuda a los niños y adultos jóvenes a aprender a manejar su propia salud.

Comuníquese con su clínica de atención primaria para programar sus visitas de salud preventiva y para el C&TC de niño sano.

* Requiere o puede requerir autorización previa

26 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Atención quiropráctica

Servicios cubiertos:

- Una evaluación o examen por año calendario
- Manipulación manual (ajuste) de la columna vertebral para tratar la subluxación de la columna vertebral: hasta 24 visitas por año calendario, limitadas a seis por mes. En caso de que las visitas superen las 24 visitas por año calendario o las seis visitas por mes, se requerirá autorización previa.
- Radiografías cuando sea necesario para respaldar un diagnóstico de subluxación de la columna vertebral

Servicios no cubiertos:

- Otros ajustes, vitaminas, suministros médicos, terapias y equipos de un quiropráctico

Servicios dentales (para adultos, excepto mujeres embarazadas)

Servicios cubiertos:

Servicios de diagnóstico:

- Examen integral (una vez cada cinco años) (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación periódica o limitada)
- Examen periódico (una vez por año calendario) (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación limitada o integral)
- Exámenes limitados (centrados en un problema) (una vez por día) (no se pueden realizar en la misma fecha que una evaluación bucal periódica o integral o un servicio de limpieza dental; la documentación debe incluir anotación de la queja o del problema de salud bucal específico)
- Teleodontología para servicios de diagnóstico
- Servicios de diagnóstico por imágenes, limitados a lo siguiente:
 - Radiografía de aleta de mordida (una vez por año calendario)
 - Radiografías únicas para el diagnóstico de problemas (cuatro por fecha de servicio)
 - Panorámicas (una vez cada cinco años y según sea médicamente necesario una vez cada dos años en situaciones limitadas; o en un centro para pacientes ambulatorios programado o en un centro independiente de cirugía ambulatoria [Ambulatory Surgery Center, ASC])
 - Radiografías de boca completa (una vez cada cinco años y solo cuando se realizan en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro independiente de cirugía ambulatoria [ASC] como parte de una cirugía dental para pacientes ambulatorios)

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 27

Sección 7: Servicios cubiertos

Servicios preventivos:

- Servicios dentales (para adultos, excepto mujeres embarazadas)
- Limpieza dental (limitada a dos por año calendario; hasta cuatro veces por año si es médicamente necesaria con autorización previa)
- Barniz de fluoruro (una vez por año calendario)
- Tratamiento de caries (una vez por diente cada seis meses) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de barniz de fluoruro o el servicio de tratamiento de emergencia por dolor dental)

Servicios de restauración:

- Empastes (limitados a una vez por diente cada 90 días).
Confirme los detalles de los límites de cobertura y distinga de los tratamientos de caries permitidos una vez por diente cada 6 meses*
- Empastes sedantes para aliviar el dolor (no se pueden realizar en la misma fecha que el servicio de tratamiento de emergencia por dolor dental)

Endodoncia (tratamientos de conducto) (solo en dientes anteriores y premolares y una vez por diente de por vida; no se cubre el retratamiento).

- Cirugía bucal (limitada a extracciones, extracción de dientes retenidos o raíces dentales, biopsias e incisión y drenaje de abscesos).

Periodoncia

- Eliminación total de placa y sarro (desbridamiento de toda la boca) (una vez cada cinco años) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de limpieza dental, examen integral, evaluación bucal o servicio de evaluación periodontal)
- Raspado y alisado radicular (no se puede realizar el mismo día que la limpieza dental o el desbridamiento de toda la boca) (una vez cada dos [2] años para cada cuadrante)
- Mantenimiento periodontal (una vez cada tres [3] meses durante un máximo de dos [2] años) después de completar el raspado y el alisado radicular

* Requiere o puede requerir autorización previa

28 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Prostodoncia:

- Aparatos extraíbles (dentaduras postizas y parciales) (un aparato cada seis años por arco dental); las dentaduras postizas parciales siempre requieren autorización previa
- Ajustes, modificaciones, revestimientos, reparaciones y rebasados de aparatos extraíbles (dentaduras postizas y parciales) (las reparaciones de dientes faltantes o rotos se limitan a cinco dientes por 180 días)
- Reemplazo de aparatos perdidos, robados o dañados sin posibilidad de reparación en ciertas circunstancias
- Reemplazo de aparatos parciales si el aparato parcial existente no puede alterarse para satisfacer las necesidades dentales
 - Revestimientos acondicionadores de tejido (una vez por aparato)
 - Accesorios y reparaciones de precisión

Servicios dentales generales adicionales:

- Tratamiento de emergencia para el dolor (una vez por día)
- Anestesia general, sedación profunda (cuando se proporciona en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro independiente de cirugía ambulatoria [ASC] como parte de una cirugía dental para pacientes ambulatorios)
- Centro de atención prolongada/visita a domicilio en ciertos entornos institucionales, incluidos: hogares de atención interna, instituciones para enfermedades mentales (Institutions for Mental Diseases, IMD), centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo (Facilities for Persons with Developmental Disabilities, ICF/DD), centros de cuidados paliativos, opciones de tratamiento extendido de Minnesota (Minnesota Extended Treatment Options, METO), centros de enfermería, centros de enfermería especializada y camas abatibles (una cama de centro de enfermería en un hospital) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de instrucción de higiene bucal)
- Manejo conductual cuando sea necesario para garantizar que un servicio dental cubierto se realice de manera correcta y segura
- Sedación oral o intravenosa (solo si el servicio dental cubierto no puede realizarse de manera segura sin esta o si, de otro modo, requeriría que el servicio se realice bajo anestesia general en un hospital o centro quirúrgico)

Notas:

Si elige obtener beneficios dentales de un centro de salud con certificación federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) o una clínica dental operada por el estado, tendrá los mismos beneficios a los que tiene derecho en virtud del programa de Asistencia Médica (Medicaid).

Consulte la Sección 1 para obtener información de contacto sobre los servicios dentales.

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Servicios dentales (para niños y mujeres embarazadas)

Servicios cubiertos:

Servicios de diagnóstico:

- Examen integral (una vez cada cinco años) (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación periódica o limitada)
- Examen periódico (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación limitada o integral)
- Exámenes limitados (centrados en un problema) (no se pueden realizar en la misma fecha que una evaluación bucal periódica o integral o un servicio de limpieza dental)
- Evaluación bucal para pacientes menores de tres (3) años (una vez de por vida) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de instrucción de higiene bucal)
- Evaluación bucal detallada (no se puede realizar en la misma fecha que el desbridamiento de toda la boca)
- Evaluación periodontal (no se puede realizar en la misma fecha que el desbridamiento de toda la boca)
- Teleodontología para servicios de diagnóstico
- Servicios de diagnóstico por imágenes, limitados a lo siguiente:
 - Aleta de mordida (una vez por año calendario) (las mujeres embarazadas se limitan a una vez cada cinco años)
 - Radiografías únicas para el diagnóstico de problemas (cuatro por fecha de servicio) (las mujeres embarazadas se limitan a una cada cinco años)
 - Panorámicas (una vez cada cinco años y cuando sea médicamente necesario; una vez cada dos años en situaciones limitadas; o en un centro para pacientes ambulatorios programado o en un centro independiente de cirugía ambulatoria [ASC])
 - Radiografías de boca completa (una vez en un período de cinco años)

Servicios preventivos:

- Limpieza dental (limitada a dos por año calendario; hasta cuatro por año si es médicamente necesaria)
- Barniz de fluoruro (una vez cada seis meses) (no se puede realizar en la misma fecha que el tratamiento de emergencia por dolor dental)
- Selladores para niños menores de 21 años (uno cada cinco años por molar permanente)
- Tratamiento de caries (una vez por diente cada seis meses) (no se puede realizar en la misma fecha que el tratamiento de emergencia por dolor dental o la aplicación de barniz de fluoruro)
- Servicio de instrucción de higiene bucal (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de evaluación bucal para niños menores de tres años)

* Requiere o puede requerir autorización previa

30 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Servicios de restauración:

- Empastes (limitados a una vez cada 90 días por diente) Las coronas individuales deben estar hechas de acero inoxidable prefabricado o resina con autorización previa
- Empastes sedantes para aliviar el dolor (no se pueden realizar en la misma fecha que el servicio de tratamiento de emergencia por dolor dental)

Endodoncia (tratamientos de conducto) (los dientes anteriores y premolares se limitan a una vez por diente de por vida).

Periodoncia:

- Eliminación total de placa y sarro (desbridamiento de toda la boca) (una vez cada cinco años) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de limpieza dental, examen integral, evaluación bucal o servicio de evaluación periodontal)
- Raspado y alisado radicular (no se puede realizar el mismo día que la limpieza dental o el desbridamiento de toda la boca) (una vez cada dos años para cada cuadrante)
- Mantenimiento periodontal (una vez cada tres [3] meses durante un máximo de dos [2] años) después de completar el raspado y el alisado radicular

Prostodoncia:

- Aparatos extraíbles (dentaduras postizas, parciales, sobredentaduras) (un aparato cada seis años por arco dental)
- Ajustes, modificaciones, revestimientos, reparaciones y rebasados de aparatos extraíbles (dentaduras postizas y parciales) (las reparaciones de dientes faltantes o rotos se limitan a cinco dientes por 180 días)
- Reemplazo de aparatos perdidos, robados o dañados sin posibilidad de reparación en ciertas circunstancias
- Reemplazo de aparatos parciales si el aparato parcial existente no puede alterarse para satisfacer las necesidades dentales
- Revestimientos acondicionadores de tejidos
- Accesorios y reparaciones de precisión

Cirugía bucal

- Incluye extracciones

Ortodoncia (solo cuando sea médicamente necesario para afecciones muy limitadas para miembros de 20 años o menos)

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **31 1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Servicios dentales generales adicionales:

- Tratamiento de emergencia del dolor dental
- Anestesia general, sedación profunda
- Óxido nitroso
- Centro de atención prolongada/visita a domicilio en ciertos entornos institucionales, incluidos: hogares de atención interna, instituciones para enfermedades mentales (IMD), centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD), centros de cuidados paliativos, opciones de tratamiento extendido de Minnesota (METO), centros de enfermería, escuelas o programas Head Start, centros de enfermería especializada y camas abatibles (una cama de centro de enfermería en un hospital) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de instrucción de higiene bucal)
- Medicamentos (solo cuando sean médicamente necesarios para afecciones muy limitadas)
- Manejo conductual cuando sea necesario para garantizar que un servicio dental cubierto se realice de manera correcta y segura
- Ajustes bucales de la mordida (ajustes completos con autorización previa) (limitado a una vez por día)

Notas:

Si comienza a recibir servicios de ortodoncia, no necesitaremos completar el plan de tratamiento para pagarle al proveedor por los servicios recibidos.

Si es nuevo en nuestro plan de salud y ya ha comenzado un plan de tratamiento de servicio dental (p. ej., atención de ortodoncia), comuníquese con nosotros para coordinar la atención.

Consulte la Sección 1 para obtener información de contacto sobre los servicios dentales.

Servicios de diagnóstico

Servicios cubiertos:

- Análisis de laboratorio y radiografías
- Otras pruebas de diagnóstico médico solicitadas por su médico

* Requiere o puede requerir autorización previa

32 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Servicios médicos y otros servicios de salud

Servicios cubiertos:

- Visitas al médico, incluidas las siguientes:
 - Inmunoterapia para alergias y pruebas de alergias
 - Cuidado de mujeres embarazadas
 - Planificación familiar: **servicio de acceso abierto**
 - Análisis de laboratorio y radiografías
 - Chequeos médicos
 - Exámenes preventivos
 - Visitas preventivas al consultorio
 - Especialistas
 - Consulta de telesalud
 - Vacunas y medicamentos administrados en el consultorio de un proveedor de atención primaria
 - Visitas por enfermedad o lesión
 - Visitas al hospital o a un asilo de ancianos
- Servicios de enfermería de práctica avanzada: servicios proporcionados por personal de enfermería practicante, personal de enfermería especializado en anestesiista, una partera o un especialista en enfermería clínica.
- Los indígenas estadounidenses pueden comenzar a usar clínicas tribales y de Servicios de salud para indígenas (Indian Health Services, IHS) o continuar usándolas. No requeriremos aprobación previa ni impondremos ninguna condición para que usted reciba servicios en estas clínicas. Para personas mayores de 65 años, esto incluye servicios de Exención para adultos (Elderly Waiver, EW) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor en una clínica tribal o de IHS le refiere a un proveedor de nuestra red, no le exigiremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes del referido. **Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda con los referidos a proveedores de atención médica para indígenas.**
- Hogar de salud conductual: coordinación de servicios de salud conductual y física.
- Sangre o hemoderivados.
- Cobertura de ensayos clínicos: Atención de rutina que: 1) se proporciona como parte del tratamiento del protocolo de un ensayo clínico; 2) es usual, habitual y adecuada para su afección; y 3) normalmente se proporcionaría fuera de un ensayo clínico. Esto incluye los servicios y artículos necesarios para el tratamiento de los efectos y las complicaciones del tratamiento del protocolo.

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

- Exámenes de detección de cáncer (lo que incluye mamografía, prueba de Papanicolaou, examen de detección de cáncer de próstata, examen de detección de cáncer colorrectal).
- Servicios clínicos.
- Coordinación de la atención de trabajadores de salud comunitaria y servicios de educación para el paciente.
- Servicios de técnicos comunitarios de emergencias médicas (Community Medical Emergency Technician, CMET).
 - Visitas posteriores al alta hospitalaria o posterior a la estadía en el asilo de ancianos solicitadas por su proveedor de atención primaria
 - Visitas de evaluación de seguridad solicitadas por el proveedor de atención primaria (PCP)
- Servicios paramédicos comunitarios: un paramédico comunitario proporciona ciertos servicios. Los servicios deben ser parte de un plan de atención de su proveedor de atención primaria. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:
 - Evaluaciones de salud
 - Monitoreo y educación sobre enfermedades crónicas
 - Ayuda con los medicamentos
 - Inmunizaciones y vacunas
 - Obtención de muestras de laboratorio
 - Atención de seguimiento después de recibir tratamiento en un hospital
 - Otros procedimientos médicos menores
- Asesoramiento y pruebas para enfermedades de transmisión sexual (STD), sida y otras afecciones relacionadas con el VIH: **servicio de acceso abierto**.
- Servicios mejorados de atención para el asma (para miembros elegibles menores de 21 años a quienes se les diagnostica asma mal controlada, cuando se cumplen criterios específicos).
 - Visitas a domicilio para determinar si hay desencadenantes del asma en el hogar del miembro
 - Debe ser proporcionado por un especialista en salud ambiental registrado, un especialista en hogares saludables y un asesor de riesgos relacionados con el plomo. Debe comunicarse con uno de estos profesionales de atención médica para que le ayude o puede comunicarse con Servicios para Miembros.
- Servicios de atención de la salud en el hogar: coordinación de la atención para miembros con necesidades de atención de la salud complejas o crónicas.
- Educación y asesoramiento sobre la salud (por ejemplo, asesoramiento para dejar de fumar y sobre nutrición, educación sobre la diabetes).
- Coordinación de servicios comunitarios en el hospital (Hospital In-Reach Community-Based Service, IRSC): coordinación de servicios dirigidos a reducir el uso de la sala de emergencias (emergency room, ER) del hospital en determinadas circunstancias. Este servicio aborda las necesidades de salud, sociales, económicas y otras necesidades de los miembros para ayudar a reducir el uso de la ER y otros servicios de atención de la salud.

* Requiere o puede requerir autorización previa

34 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

- Vacunas.
- Servicios de podología (desbridamiento de las uñas de los pies, callos y callos infectados y otros cuidados de los pies que no sean de rutina).
- Terapia respiratoria.
- Servicios de personal de enfermería de salud pública certificado o personal de enfermería registrado que ejerce en una clínica de enfermería de salud pública en una unidad gubernamental.
- Tratamiento para el sida y otras afecciones relacionadas con el VIH: **no** es un servicio de acceso abierto. Debe consultar a un proveedor de la red del Plan.
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STD): **servicio de acceso abierto**.
- Manejo de la atención de la tuberculosis y observación directa de la toma del medicamento.

Servicios no cubiertos:

- Formas artificiales de quedar embarazada (inseminación artificial, incluida la fertilización in vitro y los servicios relacionados, medicamentos para la fertilidad y servicios relacionados).

Servicios de intervención conductual y del desarrollo temprana intensiva (Early Intensive Developmental and Behavioral Intervention, EIDBI) (para niños menores de 21 años)

El propósito del beneficio de EIDBI es proporcionar intervención médicamente necesaria, temprana e intensiva para personas con trastorno del espectro autista (Autism Spectrum Disorder, ASD) y afecciones relacionadas. El beneficio también tiene como objetivo lo siguiente:

- Educar, capacitar y apoyar a padres y familias
- Promover la independencia y participación de las personas en la vida familiar, escolar y comunitaria
- Mejorar los resultados a largo plazo y la calidad de vida de las personas y sus familias

Los servicios de EIDBI son proporcionados por proveedores de EIDBI inscritos que tienen experiencia en las modalidades aprobadas, lo que incluye lo siguiente:

- Análisis conductual aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA)
- Modelo basado en el desarrollo, las diferencias individuales y las relaciones (DIR)/Floortime
- Modelo de inicio temprano de Denver (Early Start Denver Model, ESDM)
- PLAY Project
- Intervención en el desarrollo de relaciones (Relationship Development Intervention, RDI)
- Interacción social temprana (Early Social Interaction, ESI)

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Servicios cubiertos:

- Evaluación multidisciplinaria integral (Comprehensive Multi-Disciplinary Evaluation, CMDE) que se necesita anualmente para acceder a los servicios de EIDBI
- Desarrollo del plan de tratamiento individual (Individual Treatment Plan, ITP) (inicial)*
- Desarrollo del plan de tratamiento individual (Individual Treatment Plan, ITP) y monitoreo del progreso*
- Intervención directa: individual o en grupo*
- Observación y dirección*
- Capacitación y asesoramiento para familiares o cuidadores: individual o en grupo*
- Conferencia de atención coordinada (una por año sin autorización)*
- Tiempo de viaje*

Servicios médicos de emergencia y atención posterior a la estabilización

Servicios cubiertos:

- Servicios de la sala de emergencias
- Atención posterior a la estabilización
- Ambulancia (aérea o terrestre incluye transporte en agua)

Servicios no cubiertos:

Servicios de emergencia, de urgencia u otros servicios de atención de la salud prestados o artículos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE. UU.). No realizaremos pagos por atención de la salud a un proveedor o entidad fuera de los EE. UU.

Notas:

Si tiene una emergencia o necesita tratamiento de inmediato, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Muestre su tarjeta de identificación de miembro y solicite que llamen a su proveedor de atención primaria.

En todos los demás casos, llame a su proveedor de atención primaria, si es posible. El número de teléfono de la clínica también figura en su tarjeta de identificación de miembro.

* Requiere o puede requerir autorización previa

36 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Si se encuentra fuera de la ciudad, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Muestre su tarjeta de identificación de miembro y solicite que llamen a su proveedor de atención primaria.

Debe llamar a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** dentro de las 48 horas o tan pronto como pueda después de recibir atención de emergencia en un hospital que no forme parte de la red del Plan.

Servicios de planificación familiar

Servicios cubiertos:

- Examen y tratamiento médico para la planificación familiar: **servicio de acceso abierto.**
- Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico de planificación familiar: **servicio de acceso abierto.**
- Métodos de planificación familiar (por ejemplo, comprimidos anticonceptivos, parche, anillo, dispositivo intrauterino (DIU), inyecciones, implantes): **servicio de acceso abierto.**
- Suministros de planificación familiar con receta (por ejemplo, condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón): **servicio de acceso abierto.**
- Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, incluidos los servicios relacionados: **servicio de acceso abierto.**
- Tratamiento de afecciones médicas de infertilidad: **no es un servicio de acceso abierto.** Debe consultar a un proveedor de la red del Plan. Nota: Este servicio no incluye formas artificiales de quedar embarazada.
- Asesoramiento y pruebas para enfermedades de transmisión sexual (STD), sida y otras afecciones relacionadas con el VIH: **servicio de acceso abierto.**
- Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STD): **servicio de acceso abierto.**
- Esterilización voluntaria: **servicio de acceso abierto.**
Nota: Debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario de consentimiento federal para esterilización. Deben transcurrir al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firme el formulario y la fecha de la cirugía.
- Asesoramiento genético: **servicio de acceso abierto.**
- Pruebas genéticas: **no es un servicio de acceso abierto.** Debe consultar a un proveedor de la red del Plan.
- Tratamiento para el sida y otras afecciones relacionadas con el VIH: **no es un servicio de acceso abierto.** Debe consultar a un proveedor de la red del Plan.

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 37

Sección 7: Servicios cubiertos

Servicios no cubiertos:

- Formas artificiales de quedar embarazada (inseminación artificial, incluida la fertilización in vitro y los servicios relacionados, medicamentos para la fertilidad y servicios relacionados)
- Procedimientos de reversión de esterilización voluntaria
- Esterilización de alguien bajo custodia o tutela

Notas:

Las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar para obtener **servicios de acceso abierto**, incluso si no están en la red del Plan.

Audífonos

Servicios cubiertos:

- Baterías para audífonos
- Audífonos
- Reparación y reemplazo de audífonos debido al desgaste normal, con límites

Servicios de atención en el hogar

Servicios cubiertos: *

- Visita de personal de enfermería especializado
- Terapias de rehabilitación para restaurar la función (por ejemplo, del habla, físicas, ocupacionales, respiratorias)
- Visita de asistencia de la salud en el hogar

* Requiere o puede requerir autorización previa

38 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Está en una institución para pacientes terminales

Servicios cubiertos:*

Los beneficios del centro de cuidados paliativos incluyen cobertura para los siguientes servicios, cuando se proporcionan directamente en respuesta a la enfermedad terminal:

- Servicios médicos
- Servicios de enfermería
- Servicios médicos sociales
- Asesoramiento
- Suministros médicos y equipos
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para el control de los síntomas y del dolor
- Asesoramiento alimentario y de otro tipo
- Atención a corto plazo para pacientes internados
- Atención de relevo
- Servicios domésticos y de asistencia de la salud en el hogar
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- Voluntarios
- Otros artículos y servicios incluidos en el plan de atención que, de otro modo, son servicios médicos cubiertos

Notas:

Elección de Medicare

Debe elegir los beneficios del centro de cuidados paliativos para recibir servicios de cuidado paliativo.

Si usted es elegible para Medicare y Medicaid y elige cuidados paliativos, debe elegir cuidados paliativos de Medicare además de los cuidados paliativos de Medicaid. Las pautas federales le prohíben elegir cuidados paliativos a través de un programa y no del otro cuando sea elegible para ambos.

Los miembros menores de 21 años de todos modos pueden recibir tratamiento para su afección terminal además de los servicios de cuidados paliativos.

Si está interesado en usar los servicios de cuidado paliativo, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

* Requiere o puede requerir autorización previa

Hospital – Pacientes internados

Servicios cubiertos:*

Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados están cubiertos si se determina que son médicamente necesarios. Esto incluye lo siguiente:

- Estadía para pacientes hospitalizados
- Su habitación semiprivada y las comidas
- Habitación privada cuando sea médicamente necesario
- Pruebas y radiografías
- Cirugía
- medicamentos
- Suministros médicos
- Servicios profesionales
- Servicios de terapia (por ejemplo, física, ocupacional, del habla, respiratoria)

Servicios no cubiertos:

- Artículos de comodidad personal, como televisor, teléfono, barbero o servicios de belleza, servicios para invitados
- Los cargos relacionados con la atención hospitalaria por servicios de investigación, cirugía plástica o cirugía estética no están cubiertos, a menos que se determine que son médicamente necesarios a través del proceso de revisión médica

Notas:

Consulte la sección Servicios para trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) para obtener más información sobre los beneficios de SUD para pacientes hospitalizados.

* Requiere o puede requerir autorización previa

Hospital: pacientes ambulatorios

Servicios cubiertos:

- Atención de urgencia para afecciones que no son tan graves como una emergencia
- Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios
- Pruebas y radiografías
- Diálisis
- Servicios de la sala de emergencias
- Atención posterior a la estabilización
- Servicios de observación: si no es admitido como paciente internado en el hospital, puede ingresar al estado de “observación ambulatoria” hasta que su proveedor determine que su afección requiere una admisión como paciente internado en el hospital o un alta hospitalaria. Los servicios de observación están cubiertos hasta 48 horas. UnitedHealthcare considerará los servicios de observación hasta 72 horas para circunstancias inusuales cuando se presenten con documentación adicional.*

Servicios de estabilización de vivienda (para miembros mayores de 18 años)

Servicios cubiertos:

El plan pagará los siguientes servicios para los miembros elegibles para los servicios de estabilización de vivienda:

- Servicios de consulta de vivienda: para desarrollar un plan centrado en la persona, para personas sin servicios de administración de casos de asistencia médica
- Servicios de transición de vivienda: para ayudarlo a planificar una vivienda, encontrarla y mudarse a esta
- Servicios de mantenimiento de vivienda: para ayudarlo a mantener la vivienda
- Transporte para recibir servicios de estabilización de vivienda (dentro de un radio de 60 millas)

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 41

Sección 7: Servicios cubiertos

Notas:

Debe realizarse una evaluación de elegibilidad para los servicios de estabilización de vivienda y ser elegible para estos. Si necesita servicios de estabilización de vivienda, puede solicitar una evaluación o recibir el apoyo de su proveedor o administrador de casos. Si tiene un administrador de casos específico o un administrador de casos de exención, ese administrador de casos puede ayudarlo a acceder a los servicios, o bien, puede comunicarse directamente con un proveedor de servicios de estabilización de vivienda para que le ayude.

El personal del Departamento de Servicios Humanos (DHS) utilizará los resultados de la evaluación para determinar si cumple con los criterios basados en las necesidades para recibir este servicio. El DHS le enviará una carta de aprobación o denegación para los Servicios de estabilización de vivienda.

Servicios de interpretación

Servicios cubiertos:

- Servicios de intérpretes de idioma hablado
- Servicios de intérpretes de lenguaje de señas

Notas:

Los servicios de intérpretes están disponibles para ayudarlo a obtener servicios.

Consulte Servicios de interpretación en la Sección 1 para obtener información de contacto y averiguar qué intérpretes puede usar.

* Requiere o puede requerir autorización previa

42 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Suministros y equipos médicos

Servicios cubiertos:

- Prótesis u ortopedia
- Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, camas de hospital, andadores, muletas y pelucas para personas con alopecia areata). Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre la cobertura y los límites de beneficios para pelucas.
- Reparaciones de equipos médicos
- Baterías para equipos médicos
- Algunos zapatos, cuando están moldeados a medida o son parte de un suplemento ortopédico de pierna
- Oxígeno y equipo de oxígeno
- Suministros médicos que necesita para tratar su enfermedad, lesión o discapacidad
- Equipo y suplementos para diabéticos
- Productos nutricionales o entéricos cuando se cumplen criterios específicos
- Productos para la incontinencia
- Suministros para la planificación familiar: **servicio de acceso abierto**. Consulte Servicios de planificación familiar en esta sección.
- Dispositivos de comunicación aumentativos, incluidas las tabletas electrónicas
- Productos reductores de alérgenos (para miembros elegibles menores de 21 años a quienes se les diagnostica asma mal controlada)

Servicios no cubiertos:

- Modificaciones constructivas en el hogar, el vehículo o el lugar de trabajo, incluidas las barras de agarre en el baño
- Productos ambientales (como filtros de aire, purificadores, acondicionadores, deshumidificadores), a menos que estén cubiertos como productos reductores de alérgenos para miembros elegibles
- Equipo de ejercicio

Notas:

Deberá ir a su médico y obtener una receta para que se cubran los equipos y suministros médicos. Llame al número de teléfono de los criterios de cobertura para el equipo médico duradero en la Sección 1 si necesita más información sobre nuestros criterios de cobertura de equipo médico duradero.

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Servicios de salud mental y conductual

Servicios cubiertos:

- Clínica certificada de salud conductual comunitaria (Certified Community Behavioral Health Clinic, CCBHC)
- Consulta de atención clínica
- Servicios de respuesta para casos de crisis, que incluyen lo siguiente:
 - Prueba de detección
 - Evaluación
 - Intervención
 - Estabilización, incluida la estabilización residencial
 - Intervención comunitaria (para miembros de 18 años)
- Evaluaciones de diagnóstico, incluida la prueba de detección de presencia de enfermedades mentales concomitantes y trastornos por consumo de sustancias
- Programa intensivo para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Program, IOP) de terapia conductual dialéctica (Dialectical Behavioral Therapy, DBT) (para miembros adultos de 18 años o más y miembros adolescentes de 12 a 17 años que cumplan con ciertos criterios)
- Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT) forense (para miembros de 18 años o más)
- Estadía hospitalaria psiquiátrica para pacientes hospitalizados, incluida la estadía hospitalaria psiquiátrica extendida para pacientes hospitalizados
- Tiempo de viaje del proveedor de salud mental
- Administración de casos dirigida a la salud mental (Mental Health Targeted Case Management, MH-TCM)
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, incluidos los siguientes:
 - Explicación de los hallazgos
 - Servicios de psicoeducación familiar (para miembros menores de 21 años)
 - Control de medicamentos para la salud mental
 - Servicios neuropsicológicos
 - Psicoterapia (paciente o familia, familia, crisis y grupo)
 - Pruebas psicológicas.
- Servicios médicos de salud mental, que incluyen los siguientes:
 - Evaluación e intervención de salud y comportamiento
 - Visitas de paciente hospitalizado
 - Consultas psiquiátricas con proveedores de atención primaria

* Requiere o puede requerir autorización previa

44 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

- Consulta con el médico, evaluación y manejo
- Servicios de rehabilitación de salud mental, que incluyen los siguientes:
 - Tratamiento asertivo comunitario (ACT) (para miembros de 18 años)
 - Tratamiento diurno para adultos (para miembros de 18 años)
 - Los servicios de rehabilitación de salud mental para adultos (Adult Rehabilitative Mental Health Services, ARMHS) están disponibles para miembros mayores de 18 años
 - Especialistas certificados en apoyo familiar (para miembros menores de 21 años)
 - Servicios de asistencia brindados por especialistas en apoyo entre pares (Certified Peer Specialist, CPS)
 - Servicios de tratamiento residencial de salud mental para niños (para miembros menores de 21 años)
 - Servicios y apoyos terapéuticos para niños (Children's Therapeutic Services and Supports, CTSS), incluido el tratamiento diurno para niños (para miembros menores de 21 años)
 - Servicios de psicoeducación familiar (para miembros menores de 21 años)
 - Servicios de tratamiento residencial intensivo (Intensive Residential Treatment Services, IRTS) (para miembros mayores de 18 años)
 - Servicios de tratamiento intensivo de cuidado tutelar (para miembros menores de 21 años)
 - Programa de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Program, PHP)
 - Servicios de rehabilitación de salud mental intensiva (Intensive Rehabilitative Mental Health Services, IRMHS) (para miembros de 16 a 20 años)
- Tratamiento asertivo comunitario para jóvenes (ACT para jóvenes): servicios de rehabilitación de salud mental intensiva no residencial (para miembros de ocho [8] a 25 años)
- Centro residencial de tratamiento psiquiátrico (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF) para miembros de 21 años o menos
- Telesalud

Servicios no cubiertos:

- Terapia de conversión

Los siguientes servicios no están cubiertos por el Plan, pero pueden estar disponibles a través de su condado. Llame a su condado para obtener información. También consulte la Sección 9.

- Tratamiento en centros definidos según la Regla 36 que no están autorizados como servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)
- Habitación y comida asociados con los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)
- Tratamiento y servicios de habitación y comida en ciertos centros residenciales de tratamiento de salud mental para niños en estados fronterizos

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Notas:

Consulte Servicios de salud mental y conductual en la Sección 1 para obtener información sobre dónde debe llamar o escribir.

Utilice un proveedor de la red del Plan para servicios de salud mental.

Si decidimos que no es necesario un tratamiento estructurado de salud mental, puede obtener una segunda opinión. Para la segunda opinión, debemos permitirle consultar a cualquier profesional de la salud calificado que no forme parte de la red del Plan. Pagaremos esta consulta. Debemos considerar la segunda opinión, pero tenemos derecho a no estar de acuerdo con la segunda opinión. Tiene derecho a apelar nuestra decisión.

No determinaremos la necesidad médica de los servicios de salud mental por orden judicial. Utilice un proveedor de la red del Plan para su evaluación de salud mental por orden judicial.

Servicios de obstetricia y ginecología (Obstetrics and gynecology, OB/GYN)

Servicios cubiertos:

- Atención prenatal, de parto y posparto
- Clases de parto
- Servicios hospitalarios para recién nacidos
- Asesoramiento y pruebas de VIH para mujeres embarazadas: **servicio de acceso abierto**
- Tratamiento para mujeres embarazadas VIH positivas
- Tratamiento para recién nacidos de madres VIH positivas
- Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STD): **servicio de acceso abierto**
- Servicios relacionados con el embarazo recibidos en relación con un aborto (no incluye servicios relacionados con el aborto)
- Servicios de doula brindados por una doula certificada supervisada por un médico, personal de enfermería practicante o enfermera partera certificada y registrada en el Departamento de Salud de Minnesota (MDH)
- Servicios proporcionados por un profesional de la salud con licencia en centros de nacimiento con licencia, incluidos servicios de parteras certificadas y parteras tradicionales con licencia

* Requiere o puede requerir autorización previa

46 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Servicios no cubiertos:

- Aborto: este servicio no está cubierto por el Plan. Puede estar cubierto por el estado. Llame a Servicios de Asistencia para miembros de los Programas de atención de la salud de Minnesota al 651-431-2670 o al 1-800-657-3739 o TTY 711. También consulte la Sección 9. Esta llamada es gratuita.
- Nacimientos planificados en el hogar.

Notas:

Usted tiene “acceso directo” a los proveedores de obstetricia y ginecología para los siguientes servicios: examen de salud preventivo anual, incluidos los exámenes de seguimiento que su médico considere necesarios; atención de maternidad; evaluación y tratamiento para afecciones ginecológicas o emergencias. Para obtener los servicios de acceso directo, debe consultar a un proveedor de la red del Plan. Para los servicios etiquetados como **acceso abierto**, puede ir a cualquier clínica médica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar.

Servicios ópticos

Servicios cubiertos:

- Exámenes oculares
- Anteojos iniciales, cuando sean médicamente necesarios
- Anteojos de reemplazo, cuando sean médicamente necesarios
 - Reemplazo idéntico de anteojos cubiertos por pérdida, robo o daño sin posibilidad de reparación
- Reparaciones de marcos y lentes para anteojos cubiertos por el Plan
- Lentes con tinte, fotocromáticos (por ejemplo, lentes Transition®) o polarizados, cuando sean médicamente necesarios
- Lentes de contacto, cuando sean médicamente necesarios

Servicios no cubiertos:

- Par de anteojos adicionales
- Lentes bifocales o trifocales progresivos (sin líneas)
- Revestimiento protector para lentes de plástico
- Suministros para lentes de contacto

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 47

Sección 7: Servicios cubiertos

Servicios fuera del área

Servicios cubiertos:

- Un servicio que necesita cuando se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura del Plan. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos fuera del área de servicio del Plan.
- Un servicio que necesita después de mudarse de nuestra área de cobertura mientras sigue siendo miembro del Plan.
- Servicios de emergencia para una emergencia que necesita tratamiento de inmediato.
- Atención posterior a la estabilización.
- Atención de urgencia médicamente necesaria cuando se encuentra fuera del área de servicio del Plan. (Llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** lo antes posible).
- Servicios cubiertos que no están disponibles en el área de cobertura del Plan.

Servicios no cubiertos:

- Servicios de emergencia, de urgencia u otros servicios de atención de la salud o artículos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE. UU.). No realizaremos pagos por atención de la salud a un proveedor o entidad fuera de los EE. UU.

Servicios fuera de la red

Servicios cubiertos:

- Ciertos servicios que necesita y que no puede obtener a través de un proveedor de la red del Plan
- Servicios de emergencia para una emergencia que necesita tratamiento de inmediato
- Atención posterior a la estabilización
- Una segunda opinión sobre salud mental y trastorno por consumo de sustancias
- Servicios de acceso abierto
- Servicios relacionados con el embarazo recibidos en relación con un aborto (no incluye servicios relacionados con el aborto)
- Un servicio médico que no es de emergencia que necesita cuando se encuentra temporalmente fuera de la red o del área de cobertura del plan, que es o fue recetado o recomendado por un proveedor de la red, o bien, que es proporcionado actualmente por este

* Requiere o puede requerir autorización previa

48 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Medicamentos con receta (para miembros que **no** tienen Medicare)

Servicios cubiertos:

- Medicamentos con receta
- Servicios de administración terapéutica de medicamentos (Medication therapy management, MTM)
- Ciertos medicamentos de venta libre (cuando son recetados por un proveedor de atención médica calificado con autoridad para recetar)

Servicios no cubiertos:

- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para mejorar la fertilidad
- Medicamentos utilizados con fines estéticos, incluidos los medicamentos para tratar la caída del cabello
- Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal
- Medicamentos experimentales, medicamentos del estudio o medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)
- Cannabis medicinal

Notas:

Su medicamento debe estar en la lista de medicamentos cubiertos (vademécum).

La lista de medicamentos cubiertos (vademécum) incluye los medicamentos con receta cubiertos por UnitedHealthcare. El Plan selecciona los medicamentos de la lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe ser similar a la lista cubierta por la Asistencia Médica de Pago por Servicio (Medicaid). La lista también debe incluir los medicamentos enumerados en la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL) del Departamento de Servicios Humanos.

Además de los medicamentos con receta cubiertos por UnitedHealthcare, algunos medicamentos de venta libre están cubiertos para usted en virtud de sus beneficios de Asistencia Médica (Medicaid). Puede buscar medicamentos recetados usando nuestra herramienta de búsqueda en línea en myuhc.com/CommunityPlan. También se publica una lista de medicamentos cubiertos (vademécum) en el sitio web. También puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar una copia por escrito de nuestra lista de medicamentos cubiertos (vademécum).

Si actualmente toma un medicamento que no está cubierto por su nuevo plan, es posible que pueda recibir un suministro temporal de hasta 90 días. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa (prior authorization, PA):** UnitedHealthcare requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted tendrá que obtener la aprobación de UnitedHealthcare antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es probable que UnitedHealthcare no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad (quantity limits, QL):** para ciertos medicamentos, UnitedHealthcare limita la cantidad del medicamento que cubrirá.
- **Preferido y no preferido (P/NP):** para algunos grupos de medicamentos, UnitedHealthcare le exige probar los medicamentos preferidos antes de pagar los medicamentos no preferidos. Para recibir un medicamento no preferido, su médico o proveedor de atención médica deberán obtener autorización previa.
- **Requisitos de edad:** en algunos casos, existen requisitos de edad para que pruebe ciertos medicamentos. Se necesita una autorización previa según su edad y el medicamento específico recetado.
- **Medicamentos de marca:** la versión de marca del medicamento estará cubierta por UnitedHealthcare solo cuando:
 1. El médico que emite la receta le informa a UnitedHealthcare por escrito que la versión de marca del medicamento es médicamente necesaria.
 2. UnitedHealthcare prefiere la entrega de la versión de marca en lugar de la versión genérica del medicamento.
 3. O bien, la ley de Minnesota exige la entrega de la versión de marca del medicamento.

Puede averiguar si su medicamento requiere autorización previa, tiene límites de cantidad, tiene estado Preferido o No preferido, o tiene un requisito de edad comunicándose con Servicios para Miembros o visitando nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan. Se puede eliminar una restricción o límite de medicamentos si su médico presenta una declaración o documentación que respalde la solicitud. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos comunicándose con Servicios para Miembros o visitando nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

Si UnitedHealthcare cambia los requisitos de autorización previa, los límites de cantidad u otras restricciones sobre un medicamento que usted está tomando actualmente, UnitedHealthcare les notificará a usted y a la persona que le receta el medicamento sobre el cambio al menos 10 días antes de que el cambio entre en vigencia.

Cubriremos un medicamento que no pertenece al formulario si su proveedor de atención primaria nos demuestra que: 1) el medicamento que normalmente está cubierto le ha causado una reacción perjudicial; 2) existe un motivo para creer que el medicamento que normalmente está cubierto causaría una reacción perjudicial; o 3) el medicamento recetado por su médico es más eficaz para usted que el medicamento que normalmente está cubierto. El medicamento debe pertenecer a una clase de medicamentos cubiertos.

* Requiere o puede requerir autorización previa

50 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Cubriremos un medicamento antipsicótico, incluso si no está en nuestra lista de medicamentos, si su proveedor certifica que es lo mejor para usted. No hay copago para los medicamentos antipsicóticos. En ciertos casos, también cubriremos otros medicamentos utilizados para tratar una enfermedad mental o trastorno emocional, incluso si el medicamento no está en nuestra lista de medicamentos aprobados. Haremos esto durante un máximo de un año si su proveedor certifica que el medicamento es mejor para usted y usted ha sido tratado con el medicamento durante 90 días antes de que: 1) hayamos eliminado el medicamento de nuestra lista de medicamentos; o 2) se haya inscrito en el Plan.

Para la mayoría de los medicamentos, solo puede obtener un suministro de días limitado a la vez

La mayoría de los medicamentos y ciertos suministros están disponibles para un suministro de hasta 34 días. Ciertos medicamentos que toma regularmente para una afección crónica o a largo plazo están disponibles para un suministro de hasta 90 días y se enumeran aquí:

https://mn.gov/dhs/assets/90-day-supply-list_tcm1053-490928.pdf.

Si UnitedHealthcare no cubre su medicamento o tiene restricciones o límites en su medicamento que usted cree que no funcionarán para usted, puede hacer una de estas cosas:

- Puede preguntarle a su proveedor de atención médica si hay otro medicamento cubierto que funcione para usted.
- Usted o su proveedor de atención médica pueden solicitar a UnitedHealthcare que haga una “excepción” y cubra el medicamento para usted o que elimine las restricciones o los límites. Si se aprueba su solicitud de excepción, el medicamento estará cubierto al nivel de copago de los medicamentos genéricos o de marca correspondientes.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos en esta lista tengan requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** UnitedHealthcare requiere que su médico obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted tendrá que obtener la aprobación de UnitedHealthcare antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es probable que UnitedHealthcare no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, UnitedHealthcare limita la cantidad del medicamento que cubrirá.
- **Requisitos de edad:** algunos medicamentos tienen requisitos de edad. Es posible que se necesite una autorización previa según su edad y el medicamento específico recetado.

Puede averiguar si su medicamento requiere autorización previa, tiene límites de cantidad o tiene un requisito de edad consultando esta lista de medicamentos cubiertos. Se puede hacer una excepción a la restricción o límite de medicamentos si su médico presenta una declaración o documentación que respalde la solicitud. Consulte la Sección 7: Servicios cubiertos (Medicamentos recetados) en su Manual para Miembros para obtener más información. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos llamando a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o visitando

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 51

Sección 7: Servicios cubiertos

nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan. Consulte también “¿Puedo solicitar una excepción a las restricciones de cobertura?”.

- **Medicamentos excluidos:** algunos medicamentos están excluidos de la lista de medicamentos cubiertos. Esto significa que no están cubiertos. Los medicamentos excluidos incluyen los siguientes:
 - Medicamentos utilizados para tratar la disfunción eréctil o sexual
 - Medicamentos utilizados para mejorar la fertilidad
 - Medicamentos utilizados con fines estéticos, incluidos los medicamentos para tratar la caída del cabello
 - Medicamentos que no han demostrado ser eficaces desde el punto de vista clínico
 - Medicamentos experimentales o del estudio
 - Cannabis medicinal

Si el personal de farmacia le dice que el medicamento no está cubierto y le pide que pague, pídale que llamen a su médico. No podemos devolverle el dinero si lo paga. Puede haber otro medicamento que funcione y que esté cubierto por nosotros en virtud del Plan. Si la farmacia no llama a su médico, usted puede hacerlo. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** para solicitar ayuda.

Los medicamentos especializados son utilizados por personas con enfermedades complejas o crónicas. Estos medicamentos a menudo requieren un manejo, suministro o monitoreo especial por parte de un farmacéutico especialmente capacitado. O bien, llame a Servicios para Miembros al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Si le recetan un medicamento que está en la Lista de medicamentos especializados de UnitedHealthcare, el médico que emite la receta deberá enviar la receta de ese medicamento especializado a la farmacia especializada de UnitedHealthcare.

Nombre de la farmacia especializada: Farmacia especializada de Optum

Teléfono y TTY: 1-855-427-4682, TTY 711

Fax: 1-877-342-4596

Horario de atención: disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana

Sitio web: specialty.optumrx.com

La farmacia especializada se comunicará con usted para configurar su cuenta después de que haya autorizado a su médico que emite recetas a enviar la receta a la farmacia especializada y recibir autorización de UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota.

* Requiere o puede requerir autorización previa

52 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Medicamentos con receta (para miembros que no tienen Medicare)

Servicios cubiertos:

- Algunos productos de venta libre, algunos productos recetados para la tos y el resfrío, y algunas vitaminas que no están cubiertos por el Programa de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare)

Servicios no cubiertos:

- Medicamentos con receta que son elegibles para recibir cobertura en virtud del Programa de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare)
- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para mejorar la fertilidad
- Medicamentos utilizados con fines estéticos, incluidos los medicamentos para tratar la caída del cabello
- Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal
- Medicamentos experimentales, medicamentos del estudio o medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)
- Cannabis medicinal

Notas:

Medicare paga la mayoría de sus medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare). **Debe inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare** para recibir la mayoría de sus servicios de medicamentos con receta. Recibirá sus servicios de medicamentos con receta a través de su plan de medicamentos con receta de Medicare, no a través de nuestro Plan. Es posible que deba pagar un copago por los medicamentos con receta cubiertos por su plan de medicamentos con receta de Medicare.

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Rehabilitación

Servicios cubiertos:

- Terapias de rehabilitación para restaurar la función: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla
- Servicios de audiología, incluidas pruebas de audición

Servicios no cubiertos:

- Rehabilitación vocacional
- Gimnasios y spas

Servicios comunitarios escolares (para miembros menores de 21 años)

Servicios cubiertos:

- Audiología
- Terapia ocupacional
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Fisioterapia
- Enfermería de salud pública
- Patologías del habla y del lenguaje

Servicios no cubiertos:

- Asistencia para el cuidado personal
- Tecnología asistencial
- Transporte especial
- Servicios del Plan educativo individualizado (Individualized Education Plan, IEP) que deben estar cubiertos a través de la escuela

* Requiere o puede requerir autorización previa

54 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Servicios para trastornos por consumo de sustancias (SUD)

Servicios cubiertos:

- Prueba de detección, evaluación y diagnóstico
- Tratamiento para pacientes ambulatorios
- Hospital para pacientes hospitalizados
- Tratamiento residencial no hospitalario
- Tratamiento ambulatorio con metadona
- Desintoxicación (solo cuando la hospitalización del paciente es médicamente necesaria debido a afecciones resultantes de una lesión o accidente o complicaciones médicas durante la desintoxicación)
- Coordinación del tratamiento para SUD
- Apoyo para la recuperación entre pares
- Gestión de retiros

Servicios no cubiertos:

El pago de la habitación y la comida que se determine necesario mediante la evaluación del trastorno por consumo de sustancias es responsabilidad del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

Notas:

Consulte la Sección 1 para obtener información de contacto sobre los servicios para trastornos por consumo de sustancias.

Un evaluador calificado que forme parte de la red del Plan decidirá qué tipo de atención para el trastorno por consumo de sustancias necesita. Es posible que reciba una segunda evaluación si no está de acuerdo con la primera. Para obtener una segunda evaluación, debe enviarnos una solicitud. Debemos recibir su solicitud dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha en que reciba los resultados de su primera evaluación o antes de comenzar el tratamiento (lo que ocurra primero). Cubriremos una segunda evaluación realizada por un evaluador calificado diferente. Haremos esto dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud. Si está de acuerdo con la segunda evaluación, puede acceder a los servicios de acuerdo con los estándares de trastornos por consumo de sustancias y la segunda evaluación. Tiene derecho a apelar. Consulte la Sección 13 de este Manual para Miembros.

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 55

Sección 7: Servicios cubiertos

Cirugía

Servicios cubiertos:

- Visitas al consultorio, a la clínica y cirugía
- Eliminación de marcas de nacimiento (hemangiomas planos)
- Cirugía reconstructiva (por ejemplo, después de una mastectomía, después de una cirugía por lesión, enfermedad u otras enfermedades; por defectos congénitos)
- Servicios de anestesia
- Circuncisión cuando sea médicamente necesario
- Cirugía de confirmación de género

Servicios no cubiertos:

- Cirugía estética

servicios de telesalud

Servicios cubiertos:

- Los servicios de telesalud cubren servicios y consultas médicamente necesarios proporcionados por un proveedor de atención médica autorizado por teléfono o videollamada con el miembro. La ubicación del miembro puede ser su hogar.

* Requiere o puede requerir autorización previa

56 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Telemonitoreo

El telemonitoreo es el uso de tecnología para proporcionar atención y apoyo a las necesidades de salud complejas de un miembro desde una ubicación remota, como su hogar. El telemonitoreo puede rastrear los signos vitales de un miembro usando un dispositivo o equipo que envía los datos electrónicamente a su proveedor para su revisión. Algunos ejemplos de signos vitales que pueden monitorearse de forma remota incluyen el ritmo cardíaco, la presión arterial y los niveles de glucosa en sangre.

Servicios cubiertos:

- Servicios de telemonitoreo para miembros con afecciones médicas complejas de alto riesgo, como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o diabetes (cuando sea médicamente necesario o cuando se cumplan ciertos criterios)

Trasplantes

Servicios cubiertos:

- Trasplantes de órganos y tejidos, incluida médula ósea, córnea, corazón, corazón-pulmón, intestino, intestino-hígado, riñón, hígado, pulmón, páncreas, páncreas-riñón, células de islotes pancreáticos, células madre y otros trasplantes
- Dispositivo de asistencia ventricular: insertado como puente a un trasplante de corazón o como tratamiento de terapia de destino

Notas:

El tipo de trasplante debe: 1) estar enumerado en el Manual del Proveedor del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota; 2) ser de un tipo cubierto por Medicare; o 3) estar aprobado por el agente de revisión médica del estado.

Los trasplantes deben realizarse en un centro de trasplantes que sea un centro de trasplantes aprobado por Medicare.

Los centros de trasplantes de células madre o médula ósea deben cumplir con los estándares establecidos por la Fundación para la Acreditación de la Terapia Celular (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy, FACT).

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 7: Servicios cubiertos

Transporte hacia los lugares de prestación de servicios médicos y desde estos

Servicios cubiertos:

- Ambulancia (aérea o terrestre incluye transporte en agua)
- Transporte de conductores voluntarios
- Transporte sin asistencia (taxi o transporte público)
- Transporte asistido
- Transporte equipado con elevador o rampa
- Transporte protegido
- Transporte en camilla

Servicios no cubiertos:

- Reembolso de millas (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento, incluidos también los viajes fuera del estado. Los siguientes servicios no están cubiertos por el Plan, pero pueden estar disponibles a través de la agencia local tribal o del condado. Llame a su agencia local tribal o del condado para obtener más información.

Notas:

Si necesita transporte hacia los lugares de prestación de servicios de salud que cubrimos, o desde estos, llame al número de teléfono correspondiente al servicio de transporte que figura en la Sección 1. Proporcionaremos la forma de transporte más adecuada y rentable.

El Plan no está obligado a proporcionar servicio de transporte a su clínica de atención primaria si esta se encuentra a más de 30 millas de su hogar o si usted elige un proveedor especializado que esté a más de 60 millas de su hogar. Llame al número de teléfono correspondiente al servicio de transporte que figura en la Sección 1 si no tiene una clínica de atención primaria disponible dentro de las 30 millas de su hogar o si no tiene un proveedor especializado disponible dentro de las 60 millas de su hogar.

* Requiere o puede requerir autorización previa

58 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Atención de urgencia

Servicios cubiertos:

- Atención de urgencia dentro del área de cobertura del Plan
- Atención de urgencia fuera del área de cobertura del Plan

Servicios no cubiertos:

- Servicios urgentes, de emergencia u otros servicios de atención de la salud prestados o artículos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE. UU.). No realizaremos pagos por atención de la salud a un proveedor o entidad fuera de los EE. UU.

Notas:

Una afección de urgencia no es tan grave como una emergencia. Esta es la atención para una afección que necesita tratamiento inmediato para evitar que la afección empeore. La atención de urgencia está disponible las 24 horas del día.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**, lo antes posible cuando reciba atención de urgencia fuera del área de cobertura del Plan.

* Requiere o puede requerir autorización previa

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 59

Sección 8:

Servicios que no cubrimos

Si usted accede a servicios o suministros que no están cubiertos, es posible que deba pagarlos por su cuenta. Algunos servicios y suministros “no cubiertos” se enumeran en cada categoría en la Sección 7. La siguiente es una lista de otros servicios y suministros que no están cubiertos por el Plan. Esta no es una lista completa. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

- Autopsias (exámenes que se realizan sobre el cuerpo de una persona fallecida para averiguar la causa de muerte)
- Procedimientos o tratamientos estéticos
- Servicios de emergencia, de urgencia u otros servicios de atención de la salud prestados o artículos suministrados por proveedores ubicados fuera de los Estados Unidos (EE. UU.). No realizaremos pagos por atención de la salud a un proveedor o entidad fuera de los EE. UU.
- Servicios experimentales o de investigación
- Servicios o suministros de atención de la salud que no son médicamente necesarios
- Productos homeopáticos y a base de hierbas
- Servicios accesorios para pacientes hospitalizados y asilos de ancianos, como televisión, teléfono, servicios de barbería y de belleza, y servicios para huéspedes
- Suministros que no se utilizan para tratar una afección médica

Sección 9:

Servicios que no están cubiertos por el Plan, pero que pueden estar cubiertos a través de otra fuente

Estos servicios no están cubiertos por el Plan, pero pueden estar cubiertos a través de otra fuente, como el estado, el condado, el gobierno federal, la tribu o un plan de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios de Asistencia para miembros de los Programas de atención de la salud de Minnesota (MHCP) al 651-431-2670 o al 1-800-657-3739 o TTY 711, o utilice sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

- Servicios de aborto.
- Administración de casos para miembros con discapacidades del desarrollo.
- Gestión de casos específicos de bienestar infantil.
- Servicios de capacitación diurna y habilitación.
- Administración de casos de VIH.
- Centro de atención asistida (Home Care Nursing, HCN): para obtener más información sobre los servicios de HCN, comuníquese con una agencia de atención domiciliaria para obtener una evaluación. Para encontrar una agencia de atención domiciliaria en su área, llame al número de Servicios de Asistencia para miembros de los MHCP que figura en el primer párrafo.
- Centro de atención intermedia para miembros con discapacidades del desarrollo (ICF-DD).
- Capacitación laboral y servicios educativos.
- Servicios médicamente necesarios especificados en un Plan educativo individualizado (IEP) o un Plan de Servicio Familiar Individual (Individual Family Service Plan, IFSP) que son proporcionados por un distrito escolar y están cubiertos por la Asistencia Médica (Medicaid).
- Reembolso de millas (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento. Comuníquese con su condado para obtener más información.
- Estadías en asilos de ancianos.
- Asistencia para el cuidado personal (PCA). Servicios y apoyos de Community First (Community First Services and Supports, CFSS) reemplazará los servicios de PCA, con aprobación federal. Comuníquese con la admisión de su condado de residencia para recibir apoyo y servicios de atención a largo plazo, a fin de obtener más información sobre los servicios de asistencia para el cuidado personal y para coordinar una evaluación.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 61

Sección 9: Servicios que no están cubiertos por el Plan, pero que pueden estar cubiertos a través de otra fuente

- Coordinación de servicios comunitarios posteriores al arresto.
- Medicamentos con receta cubiertos en virtud del Programa de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare) Debe estar inscrito en un plan de medicamentos con receta de Medicare para obtener estos servicios.
- Habitación y comida asociados con los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
- Habitación y comida asociados con servicios de tratamiento en centros residenciales de tratamiento de salud mental para niños La habitación y la comida pueden estar cubiertas por su condado. Llame a su condado para obtener información.
- Servicios proporcionados por instituciones federales.
- Servicios proporcionados por un centro de tratamiento regional estatal o un centro de atención a largo plazo de propiedad estatal, a menos que lo aprobemos nosotros o que el servicio sea ordenado por orden judicial en virtud de las condiciones especificadas por la ley.
- Tratamiento en centros definidos según la Regla 36 que no están autorizados como servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
- Exención para servicios domiciliarios y comunitarios.

Sección 10:

Cuándo llamar al trabajador de su condado

Llame al trabajador de su condado para informar estos cambios:

- Cambios en el nombre
- Cambios de domicilio, incluida la mudanza fuera de Minnesota
- Fechas de inicio y finalización del embarazo
- Incorporación o pérdida de un miembro del hogar
- Extravío o robo de la tarjeta de identificación del Programa de atención de la salud de Minnesota
- Nuevo seguro o Medicare: fechas de inicio y finalización
- Cambio en los ingresos, incluidos los cambios en el empleo

Sección 11:

Cómo usar la cobertura del Plan con otro seguro

Si tiene otro seguro, infórmenos antes de recibir atención. Le informaremos si debe usar los proveedores de la red del Plan o los proveedores de atención médica utilizados por su otro seguro. Coordinaremos nuestros pagos con ellos. Esto se denomina “coordinación de beneficios”. Algunos ejemplos de otros seguros incluyen los siguientes:

- Seguro para automóvil de cobertura independiente de la responsabilidad
- Compensación de los trabajadores
- Medicare
- Tricare
- Otra cobertura de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)
- Otro seguro comercial

Cuando se convierte en miembro del Plan, usted acepta:

- Permitirnos enviar facturas a su otro seguro
- Permitirnos obtener información de su otro seguro
- Permitirnos recibir pagos de su otro seguro en lugar de que se le envíen pagos a usted
- Ayudarnos a obtener pagos de su otro seguro

Si su otro seguro cambia, llame al trabajador de su condado.

Sección 12:

Subrogación u otro reclamo

Este primer párrafo se aplica a ciertos no ciudadanos del programa para familias y niños:

Es posible que tenga otras fuentes de pago por su atención médica. Pueden ser de otra persona, grupo, compañía de seguros u otra organización. Si tiene una reclamación contra otra fuente por lesiones, presentaremos una reclamación por la atención médica que cubrimos para usted. La ley estatal le exige que nos ayude a hacerlo. El monto de la reclamación se puede cobrar de cualquier acuerdo o sentencia que reciba de otra fuente. Esto sea aplica incluso si no recibió el pago total de su reclamación. El monto de la reclamación no será superior a lo permitido por la ley estatal.

Este segundo párrafo se aplica a miembros del programa para familias y niños, excepto a ciertos no ciudadanos:

Es posible que tenga otras fuentes de pago por su atención médica. Pueden ser de otra persona, grupo, compañía de seguros u otra organización. Las leyes federales y estatales establecen que los beneficios de Asistencia Médica (Medicaid) se pagan solo si no existe otra fuente de pago. Si tiene una reclamación contra otra fuente por lesiones, presentaremos una reclamación por separado por la atención médica que cubrimos para usted. La ley le exige que nos ayude a hacerlo. El monto de la reclamación se puede cobrar de cualquier fuente que pueda ser responsable del pago de la atención médica que cubrimos para usted. El monto de la reclamación no será superior a lo permitido por las leyes federales y estatales.

Sección 13:

Proceso de quejas, apelaciones y apelaciones estatales (audiencia imparcial con el estado)

En esta sección se le informa sobre el sistema de quejas y apelaciones, incluidos los avisos, las quejas, las apelaciones del plan de salud y las apelaciones estatales (audiencia imparcial con el estado). Se le informa también sobre cómo y cuándo usar el sistema de quejas y apelaciones si no está satisfecho con su servicio o atención de la salud o no está de acuerdo con una decisión que tomamos. Se le informa sobre sus derechos al utilizar el sistema de quejas y apelaciones.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** si tiene preguntas o desea obtener ayuda para presentar una queja o apelación.

Términos del sistema de quejas y apelaciones que debe conocer

Una queja es cuando usted no está satisfecho con los servicios que ha recibido y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Calidad de la atención o los servicios proporcionados
- Incumplimiento de sus derechos
- Trato descortés de un proveedor o empleado del plan de salud
- Retraso en el tratamiento o referido correspondientes
- No actuar dentro de los plazos requeridos para quejas y apelaciones

Una denegación, finalización o reducción (denial, termination, or reduction, DTR) (aviso de acción) es un formulario o carta que le enviamos para informarle sobre una decisión que tomamos sobre una solicitud de servicio, pago de una reclamación o cualquier otra solicitud. El aviso le indicará cómo presentar una apelación ante el plan de salud o solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial con el estado) si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Sección 13: Quejas, apelaciones y apelaciones estatales (audiencia imparcial con el estado)

Una apelación al plan de salud es su solicitud de revisión de una decisión tomada por nosotros. Puede solicitar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión en cualquiera de las siguientes acciones (decisiones):

- Denegación o autorización limitada de un tipo o nivel de servicio solicitada por su proveedor
- Reducción, suspensión o interrupción de un servicio que fue aprobado antes
- Denegación de parte o la totalidad de un pago por un servicio
- Falta de prestación de servicios (incluido el transporte) en un plazo razonable
- Denegación de la solicitud de un miembro de obtener servicios fuera de la red para miembros que viven en un área rural con un solo plan de salud
- Falta respuesta a su queja o apelación en los plazos requeridos
- Denegación de su solicitud para disputar su responsabilidad financiera, incluidos copagos y otros costos compartidos

Su proveedor puede apelar en su nombre con un permiso por escrito. Su proveedor tratante puede apelar una decisión de autorización previa sin su consentimiento.

Una apelación estatal (audiencia imparcial con el estado) es su solicitud para que el estado revise una decisión que tomamos. Debe apelar a UnitedHealthcare antes de solicitar una apelación estatal. Si demoramos más de 30 días en tomar una decisión sobre su apelación y no hemos solicitado una extensión, no es necesario que espere nuestra decisión de solicitar una apelación estatal. Puede apelar cualquiera de estas acciones (decisiones):

- Denegación o autorización limitada de un tipo o nivel de servicio
- Reducción, suspensión o interrupción de un servicio que fue aprobado antes
- Denegación de parte o la totalidad de un pago por un servicio
- Falta de prestación de servicios en un plazo razonable
- Nuestra falta de acción dentro de los plazos requeridos para autorizaciones previas y apelaciones
- Responsabilidad financiera, incluidos copagos u otros costos compartidos
- Cualquier otra acción

Plazos importantes para las apelaciones

Debe seguir los plazos para presentar apelaciones de planes de salud y apelaciones estatales (audiencias imparciales con el estado). Si excede el tiempo permitido, es posible que no revisemos su apelación y que el estado no acepte su solicitud de apelación.

Debe apelar ante nosotros **dentro de un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la DTR (aviso de acción). Podemos otorgarle más tiempo si tiene una razón válida para no cumplir el plazo. Debe presentar una apelación ante nosotros **antes** de solicitar una apelación estatal. Si demoramos más de 30 días para tomar una decisión sobre su apelación y no hemos solicitado una extensión, puede solicitar una apelación estatal sin esperarnos.

Debe solicitar una apelación estatal **dentro de los 120 días** posteriores a nuestra decisión de apelación.

Si suspendemos o reducimos un servicio, puede seguir recibéndolo si presenta una apelación al plan de salud **dentro de los 10 días** a partir de la fecha del aviso, o antes de que se suspenda o reduzca el servicio, lo que ocurra más tarde. **Debe solicitar seguir recibiendo el servicio cuando presente una apelación.** El servicio puede continuar hasta que se decida la apelación. Si pierde la apelación, es posible que se le facturen estos servicios, pero solo si la póliza estatal lo permite.

Si pierde la apelación, puede seguir recibiendo el servicio durante una apelación estatal si solicita una apelación estatal dentro de los 10 días a partir de la fecha de la decisión sobre su apelación al plan.

Para el Programa de beneficiarios restringidos, un miembro que recibe un aviso de restricción puede presentar una apelación ante nosotros. Debe presentar una apelación **dentro de los 60 días** a partir de la fecha que figura en el aviso. Debe apelar dentro de los 30 días para evitar que se implemente la restricción durante su apelación. Puede solicitar una apelación estatal después de recibir nuestra decisión.

Para presentar una apelación oral o por escrito ante nosotros:

Puede apelar por teléfono, por escrito, por fax o en persona. La información de contacto y la dirección se encuentran en la Sección 1 en “Apelaciones y quejas”.

Si nos llama en relación con su apelación, posteriormente debe presentar una apelación por escrito, a menos que solicite una resolución rápida. Le ayudaremos a completar una apelación por escrito. Le pediremos que firme y devuelva la apelación por escrito.

Las apelaciones rápidas son para servicios de urgencia. Si estamos de acuerdo en que esta es urgente, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas. Intentaremos llamarlo para informarle la decisión antes de enviarle la decisión por escrito.

Sección 13: Quejas, apelaciones y apelaciones estatales (audiencia imparcial con el estado)

Podemos tomarnos hasta 14 días más si necesitamos más información y si esto es lo mejor para usted, o si solicita más tiempo. Le informaremos por qué necesitamos más tiempo.

Si su apelación no es urgente, le informaremos en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que la recibamos. Le daremos una decisión por escrito en un plazo de 30 días. Podemos tomarnos hasta 14 días más si necesitamos más información y si esto es lo mejor para usted, o si solicita más tiempo. Le informaremos que necesitamos más tiempo y por qué.

La persona que toma la decisión no será la misma persona que participó en la revisión o en la toma de decisiones previas.

Si decidimos una apelación sobre un servicio que fue denegado porque no era médicamente necesario, la decisión será tomada por un profesional de atención médica con la experiencia clínica adecuada en el tratamiento de su afección o enfermedad.

Usted o su representante pueden presentar su información en persona, por teléfono o por escrito.

Si apela, les enviaremos a usted o a su representante el expediente del caso a pedido, incluidos los registros médicos y cualquier otro documento y registro que consideremos durante el proceso de apelación.

Para solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial con el estado) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota:

Debe presentar una apelación ante el plan de salud antes de solicitar una apelación estatal. Debe solicitar una apelación estatal dentro de los 120 días a partir de la fecha de nuestra decisión de apelación (resolución).

La apelación ante el estado se debe presentar por escrito. Puede escribir al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota para solicitar una apelación estatal.

Escriba a: Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Presente su solicitud en línea en: <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfsrver/Public/DHS-0033-ENG>

O envíela por fax al: 651-431-7523

Dígale al estado por qué no está de acuerdo con la decisión que tomamos. Puede pedirles ayuda a un amigo, familiar, defensor, proveedor o abogado. Su proveedor debe tener su permiso por escrito para solicitar una apelación estatal por usted.

Sección 13: Quejas, apelaciones y apelaciones estatales (audiencia imparcial con el estado)

Un juez de servicios humanos de la Oficina Estatal de Apelaciones llevará a cabo una audiencia. Puede solicitar asistir a la audiencia por teléfono, por video o en persona. Puede pedirles a sus proveedores u otras personas que den testimonio. Puede proporcionar documentos para que el juez los considere.

El proceso puede tardar 90 días. Si su audiencia es sobre un servicio de urgencia, informe al juez o al ombudsman cuando los llame o les escriba.

Si su audiencia es sobre un servicio que fue denegado porque no era médicamente necesario, puede solicitar la revisión de un experto médico. El experto médico es independiente del estado y de UnitedHealthcare. El estado paga por esta revisión. No tienen costo para usted.

Si no está de acuerdo con la decisión del juez de servicios humanos, puede pedirle al estado que reconsidere su decisión. Envíe una solicitud de reconsideración por escrito a la Oficina de Apelaciones del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota dentro de los 30 días a partir de la fecha de la decisión. La información de contacto se indica previamente en esta sección.

Si no está de acuerdo con la decisión del estado, puede apelar ante el tribunal de distrito de su condado.

Quejas

Puede presentar una queja ante nosotros en cualquier momento. No hay un plazo para presentar una queja ante nosotros. **Para presentar una queja oral ante nosotros:** Llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** y cuéntenos sobre el problema.

Le daremos una decisión en un plazo de 10 días. Podemos tardar hasta 14 días más en tomar una decisión si necesitamos más información y si esto será lo mejor para usted. Le informaremos en un plazo de 10 días que necesitamos más tiempo y por qué.

Si su queja es sobre nuestra denegación de una apelación rápida o una queja sobre problemas urgentes de atención de la salud, le daremos una decisión en un plazo de 72 horas.

Para presentar una queja por escrito ante nosotros:

Envíenos una carta sobre su queja. Escriba a la dirección que figura en la Sección 1 “Apelaciones y quejas”.

Podemos ayudarlo a presentar su queja por escrito. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**.

70 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 13: Quejas, apelaciones y apelaciones estatales (audiencia imparcial con el estado)

Le informaremos que recibimos su queja en un plazo de 10 días.

Le daremos una decisión por escrito en un plazo de 30 días. Podemos tomarnos hasta 14 días más si necesitamos más información y si esto es lo mejor para usted, o si usted o su proveedor solicitan más tiempo. Le informaremos que necesitamos más tiempo y por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar su queja ante el Departamento de Salud de Minnesota.

Escriba a: Minnesota Department of Health
Health Policy and Systems Compliance Monitoring Division
Managed Care Systems
P.O Box 64882
St. Paul, MN 55164-0882

Llame al: 1-800-657-3916 (número gratuito) o al 651-201-5100, TTY 711,
o bien, use sus servicios de retransmisión preferidos.

Visite: <https://www.health.state.mn.us/facilities/insurance/clearinghouse/complaints.html>

También puede llamar al ombudsman para programas públicos de atención de la salud administrada para obtener ayuda. La información de contacto se indica después de esta sección.

Información importante sobre sus derechos al presentar una queja, apelación o solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial con el estado):

Si decide presentar una queja o apelación, o solicitar una apelación estatal, esto no afectará su elegibilidad para los servicios médicos. Tampoco afectará su inscripción en nuestro plan de salud.

Puede solicitar ayuda a un familiar, amigo, defensor, proveedor o abogado con su queja, apelación o apelación estatal.

No hay ningún costo para usted por presentar una apelación o una queja ante el plan de salud, o una apelación estatal. Es posible que paguemos algunos gastos como transporte, cuidado de niños, fotocopias, etc.

Si solicita sus registros médicos u otros documentos que usamos para tomar nuestra decisión o quiere copias de estos, nosotros o su proveedor debemos proporcionárselos sin costo alguno. Si lo solicita, debemos entregarle una copia de la guía que utilizamos para tomar nuestra decisión, sin costo alguno para usted. Es posible que deba realizar su solicitud por escrito.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 13: Quejas, apelaciones y apelaciones estatales (audiencia imparcial con el estado)

Si necesita ayuda con su queja, apelación o apelación estatal, puede llamar o escribir al ombudsman para programas públicos de atención de la salud administrada. Es posible que pueda ayudarle con problemas de acceso, servicio o facturación. También puede ayudarlo a presentar una queja o apelación ante nosotros o a solicitar una apelación estatal.

Llame al 651-431-2660
1-800-657-3729 o TTY 711, o use sus servicios de retransmisión preferidos.
Esta llamada es gratuita.
Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

O

Escriba a: Ombudsman for Public Managed Health Care Programs
P.O. Box 64249
St. Paul, MN 55164-0249

Envíelo por fax al: 651-431-7472

Sección 14: Definiciones

Estos son los significados de algunas palabras de este Manual para Miembros.

Medida: Esto incluye lo siguiente:

- Denegación o autorización limitada de un tipo o nivel de servicio
- Reducción, suspensión o interrupción de un servicio que fue aprobado antes
- Denegación de parte o la totalidad de un pago por un servicio
- Falta de prestación de servicios en un plazo razonable
- No actuar dentro de los plazos requeridos para quejas y apelaciones
- Denegación de la solicitud de un miembro de obtener servicios fuera de la red para miembros que viven en un área rural con un solo plan de salud

Anestesia: medicamentos que le adormecen para una operación.

Apelación: forma de disputar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura presentando una apelación oral o por escrito.

Niño: miembros menores de 21 años.

Chequeo para niños y adolescentes (C&TC): programa de atención de la salud de visitas del niño sano para miembros menores de 21 años. Incluye pruebas para detectar problemas de salud. También incluye referidos para diagnóstico y tratamiento, si es necesario.

Ensayo clínico: prueba de estudio médico calificada que está sujeta a una revisión externa por expertos definida; patrocinada por un programa de investigación clínica que cumple con las normas federales y estatales y los estándares aprobados; y cuyos resultados verdaderos se informan.

Coseguro: monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por servicios o artículos. El coseguro normalmente es un porcentaje (por ejemplo, el 10 %).

Copago: monto fijo que es posible que pague como su parte del costo cada vez que recibe ciertos servicios, suministros o medicamentos con receta. Los copagos generalmente se pagan en el momento en que se proporcionan los servicios, suministros o medicamentos con receta. Por ejemplo, podría pagar de \$1 a \$3.50 por servicios, suministros o medicamentos con receta.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 14: Definiciones

Costo compartido: montos que puede ser responsable de pagar por sus servicios médicos. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre los costos compartidos.

Servicios cubiertos: servicios de atención de la salud que son elegibles para el pago.

Competencia cultural: la competencia cultural y lingüística es la capacidad de las organizaciones de atención administrada y de los proveedores dentro de su red de brindar atención a los miembros con diversos valores, creencias y comportamientos, y de adaptar la prestación de atención para satisfacer las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de los miembros. El objetivo final es un sistema de prestación de atención de la salud y una fuerza laboral que pueda brindar la más alta calidad de atención a cada paciente, independientemente de su raza, origen étnico, origen cultural, competencia lingüística, alfabetización, edad, sexo, orientación sexual, discapacidad, religión o condición socioeconómica.

Denegación, finalización o reducción (DTR) (aviso de acción): formulario o carta que le enviamos para informarle sobre una decisión sobre un reclamo, servicio o cualquier otra medida tomada por nosotros.

Servicios de acceso directo: puede consultar a cualquier proveedor en la red del Plan para obtener estos servicios. No necesita un referido o una autorización previa de su PCP o clínica de atención primaria (PCC) antes de recibir los servicios.

Equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos que su médico solicita para usar en el hogar. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, equipos y suministros de oxígeno.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida de la función de una parte del cuerpo o que podrían causar daños físicos o mentales graves. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso. Esto también se denomina afección médica de emergencia.

Servicios de atención de emergencia: servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica. Esto también se denomina atención en la sala de emergencias.

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia para una afección médica de emergencia.

Servicios excluidos: servicios que el plan no paga. Asistencia Médica (Medicaid) tampoco pagará por estos servicios.

Servicio experimental: servicio que no ha demostrado ser seguro y eficaz.

Estudio de revisión de calidad externo: estudio sobre cómo UnitedHealthcare proporciona la calidad, la puntualidad y el acceso a la atención. Este estudio es externo e independiente.

Familias y niños: el nombre del programa de asistencia médica prepagada (PMAP) en el que se encuentra.

Planificación familiar: información, servicios y suministros que ayudan a una persona a decidir si tiene hijos. Estas decisiones incluyen elegir tener un hijo, cuándo tener un hijo o no tener un hijo.

Cargo por servicio (Fee-For-Service, FFS): método de pago por servicios de salud. El proveedor médico le factura directamente al Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota. El DHS le paga al proveedor por los servicios médicos. Este método se utiliza cuando usted es elegible para los programas de atención de la salud de Minnesota, pero no está inscrito en un plan de salud.

Formulario: lista de medicamentos cubiertos por el Plan.

Queja: reclamo que usted realiza sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención médica.

Atención de la salud en el hogar: servicios de atención de la salud para una enfermedad o lesión que se brinda en el hogar o en la comunidad donde el miembro realiza las actividades normales de la vida.

Residencia para enfermos terminales: programa especial para miembros que tienen una enfermedad terminal y no se espera que vivan más de seis meses para vivir cómodamente durante el resto del tiempo de vida del miembro. Ofrece servicios especiales para el miembro y su familia. Esto también se conoce como servicios de cuidado paliativo.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere admisión como paciente hospitalizado y generalmente requiere una estadía nocturna.

Atención hospitalaria de pacientes ambulatorios: atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna en un hospital.

Servicios de estabilización de vivienda: servicios para ayudar a las personas con discapacidades, incluidas enfermedades mentales y trastorno por consumo de sustancias, y a las personas mayores a encontrar y mantener una vivienda. El propósito de estos servicios es apoyar la transición de una persona a la vivienda, aumentar la estabilidad a largo plazo en la vivienda en la comunidad y evitar períodos futuros de falta de vivienda o institucionalización.

Estadía para pacientes hospitalizados: estadía en un hospital o centro de tratamiento que generalmente dura 24 horas o más.

Servicio de investigación: servicio que no ha demostrado ser seguro y eficaz.

Sección 14: Definiciones

Medicamento necesario: describe los servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención médica que evita que usted vaya al hospital o a un hogar para ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. La atención médicamente necesaria es adecuada para su afección. Esto incluye la atención relacionada con afecciones físicas y salud conductual (incluida la salud mental y el trastorno por consumo de sustancias). Incluye el tipo y el nivel de los servicios. Incluye la cantidad de tratamientos. También incluye dónde obtiene los servicios y durante cuánto tiempo continúan. Los servicios médicamente necesarios deben cumplir los siguientes criterios:

- Ser los servicios, suministros y medicamentos con receta que otros proveedores generalmente pedirían
- Ayudarlo a mejorar o mantenerse tan bien como está
- Ayudar a evitar que su afección empeore
- Ayudar a prevenir o encontrar problemas de salud

Medicare: programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más. También es para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal.

Plan de Medicare para Recetas Médicas: plan de seguro que ofrece beneficios de medicamentos del Programa de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare).

Programa de Medicamentos con Receta de Medicare: beneficio de medicamentos con receta para miembros de Medicare. A veces se denomina Parte D de Medicare. La cobertura de medicamentos se proporciona a través de un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Miembro: persona que recibe servicios a través de un programa determinado, como un programa de atención de la salud de Minnesota o Medicare.

Manual para miembros: es el documento que está leyendo. Este documento le informa qué servicios están cubiertos por el Plan. Le informa qué debe hacer para obtener los servicios cubiertos. Le informa sus derechos y responsabilidades. También le informa nuestros derechos y responsabilidades.

Red: nuestros proveedores de atención médica contratados para el Plan.

Proveedores de la red: son los proveedores que aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no cobrar a nuestros miembros un monto adicional. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan o proveedores participantes.

Ombudsman para programas públicos de atención de la salud administrada: persona del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota que puede ayudarlo con problemas de acceso, servicio o facturación. El ombudsman también puede ayudarlo a presentar una queja o apelación o solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial con el estado).

76 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Servicios de acceso abierto: las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar para obtener estos servicios, incluso si no están en nuestra red.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: servicios prestados en un hospital o centro para pacientes ambulatorios que no se encuentra en un nivel de atención para pacientes hospitalizados. Estos servicios también pueden estar disponibles en su clínica u otro centro de salud.

Servicios fuera del área: atención de la salud proporcionada a un miembro por un proveedor fuera de la red, fuera del área de cobertura del Plan.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro que no está contratado por nuestro plan, no es de propiedad de nuestro plan y no es operado por este, y que no tiene contrato para proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Esto también se conoce como proveedor no participante.

Servicios fuera de la red: atención de la salud proporcionada a un miembro por un proveedor que no forma parte de la red del Plan.

Plan de incentivos para médicos: acuerdos de pago especiales entre nosotros y el médico o grupo de médicos que puedan afectar el uso de referidos. También puede afectar otros servicios que pudiera necesitar.

Servicios de médico: servicios proporcionados por una persona con licencia en virtud de la ley estatal para ejercer la medicina o la osteopatía. Servicios de atención de la salud que un médico con licencia (M.D.: médico o D.O.: médico en medicina osteopática) proporciona o coordina.

Plan: organización que cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarlo.

Programa de asistencia médica prepagada (PMAP): programa en el que el estado tiene contrato con planes de salud para cubrir y administrar los servicios de atención de la salud para los afiliados de Asistencia Médica (Medicaid).

Cuidado posterior a la estabilización: servicio hospitalario necesario para ayudar a que las afecciones de una persona se mantengan estables después de recibir atención de emergencia. Comienza cuando el hospital solicita nuestra aprobación para la cobertura. Continúa hasta que la persona es dada de alta, hasta que nuestro médico de la red del Plan comienza la atención, o bien, hasta que nosotros, el hospital y el médico acordamos una modalidad diferente.

Prima: pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención de la salud para cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Programa de asistencia médica prepagada (PMAP): programa en el que el estado tiene contrato con planes de salud para cubrir y administrar los servicios de atención de la salud para los afiliados de Asistencia Médica (Medicaid).

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 77

Sección 14: Definiciones

Medicamentos con receta: medicamentos y fármacos solicitados por un proveedor médico.

Cobertura de medicamentos con receta: plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados. Consulte también el “Programa de Medicamentos con Receta de Medicare”.

Servicios preventivos: servicios que le ayudan a mantenerse saludable, como exámenes físicos de rutina, vacunas y atención de bienestar de la persona. Estos servicios ayudan a encontrar y prevenir problemas de salud. El seguimiento de las afecciones que se han diagnosticado (como un chequeo de diabetes) no es preventivo.

Clínica de atención primaria: clínica de atención primaria (PCC) que usted elige para su atención de rutina. Esta clínica le proporcionará la mayor parte de su atención.

Proveedor de atención primaria: su proveedor de atención primaria (PCP) es el médico u otro proveedor de atención médica calificado al que acude en su clínica de atención primaria. Esta persona administrará su atención de la salud.

Autorización previa: nuestra aprobación que es necesaria para algunos servicios antes de que usted los reciba. Esto también se conoce como autorización previa o autorización de servicio.

Proveedor: centro o profesional de atención de médica calificado aprobado por la ley estatal para proporcionar atención de la salud.

Queja sobre la calidad de la atención: para los fines de este manual, “queja sobre la calidad de la atención” significa una insatisfacción manifiesta con respecto a los servicios de atención de la salud que da como resultado en un daño potencial o real para un miembro. Las quejas sobre la calidad de la atención pueden incluir: acceso; competencia del proveedor y del personal; adecuación clínica de la atención; comunicaciones; comportamiento; consideraciones ambientales y de centros; y otros factores que podrían afectar la calidad de los servicios de atención médica.

Referido: consentimiento por escrito de su proveedor de atención primaria que es posible que deba obtener antes de acudir a ciertos proveedores, como especialistas, para recibir servicios cubiertos. Su proveedor de atención primaria debe darle un referido.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: tratamiento y equipos que obtiene para recuperarse de una enfermedad, un accidente, una lesión o una operación importante.

Programa de Destinatarios Restringidos (RRP): programa para miembros que han recibido atención médica y no han seguido las reglas o han utilizado servicios de manera indebida. Si participa en este programa, debe obtener servicios de salud de un proveedor de atención primaria designado, una farmacia, un hospital u otro proveedor de atención médica designado. Debe hacerlo durante al menos 24 meses de elegibilidad para los Programas de atención de la salud de Minnesota. Los miembros de este programa que no cumplan con las reglas del programa deberán continuar en el programa durante 36 meses más.

Segunda opinión: si no está de acuerdo con una opinión que obtiene de un proveedor de la red del Plan, tiene derecho a obtener una opinión de otro proveedor. Pagaremos esta consulta. Para los servicios de

78 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

salud mental, la segunda opinión puede ser de un proveedor fuera de la red. Para los servicios de trastornos por consumo de sustancias, la segunda opinión será de un evaluador calificado diferente que no necesita estar en la red del Plan. Debemos considerar la segunda opinión, pero no estamos obligados a aceptar una segunda opinión para el trastorno por consumo de sustancias o los servicios de salud mental.

Área de cobertura: área donde una persona debe vivir para poder convertirse o seguir siendo miembro del Plan. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** para obtener detalles sobre el área de servicio.

Autorización de servicio: nuestra aprobación que es necesaria para algunos servicios antes de que usted los reciba. Esto también se conoce como autorización previa.

Atención de enfermería especializada: atención o tratamiento que solo puede realizar personal de enfermería con licencia.

Especialista: médico que brinda atención de la salud para una enfermedad, discapacidad o partes del cuerpo específicas.

Autorización permanente: consentimiento por escrito de nuestra parte para ver a un especialista fuera de la red más de una vez (para atención continua).

Apelación estatal (audiencia imparcial con el estado): audiencia en el estado para revisar una decisión tomada por nosotros. Puede solicitar una audiencia por escrito. Su proveedor puede solicitar una apelación estatal con su consentimiento por escrito. Puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con alguno de los siguientes:

- Denegación, finalización o reducción de servicios
- Inscripción en el Plan
- Denegación de parte o la totalidad de una reclamación por un servicio
- Nuestra falta de acción dentro de los plazos requeridos para autorizaciones previas y apelaciones
- Cualquier otra acción

Subrogación: nuestro derecho a cobrar dinero en su nombre de otra persona, grupo o compañía de seguros. Tenemos este derecho cuando obtiene cobertura médica en virtud de este Plan para un servicio que está cubierto por otra fuente o tercero pagador.

Trastorno por consumo de sustancias: consumo de alcohol o drogas de una manera que le hace daño.

Estados Unidos: para los fines de este Manual para Miembros, los Estados Unidos incluyen los cincuenta estados, el Distrito de Columbia, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

Atención por necesidad de urgencia: atención que obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentinas que no son una emergencia, pero que necesitan atención inmediata. Esto también se conoce como atención de urgencia.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Sección 15:

Información adicional

Puede obtener información sobre los médicos de la red en myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Miembros.

Podemos brindarle la siguiente información:

1. Nombre, dirección, número de teléfono
2. Calificaciones profesionales
3. Especialidad
4. Certificación de la junta médica
5. Idiomas que habla el proveedor
6. Información sobre la facultad de medicina a la que asistió y el programa de residencia
7. Estado de la certificación de la junta médica

Procedimientos médicos nuevos

Las solicitudes de cobertura para procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos nuevos son examinadas por el Comité de evaluación tecnológica de UnitedHealthcare Community Plan. Este grupo incluye médicos y otros expertos en atención de la salud. El comité utiliza pautas nacionales y evidencia científica de estudios médicos para ayudar a decidir si UnitedHealthcare Community Plan debe aprobar el equipo, procedimiento o medicamento nuevo.

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SE PODRÁ USAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1.º de enero de 2022

Por ley¹, debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información médica con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información médica para ciertos propósitos. Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos usar o compartir su información médica de la siguiente forma:

- **Para recibir un pago.** Podemos recopilar, usar o compartir su información médica para procesar pagos de primas y reclamos. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica con sus proveedores para ayudar con su atención.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proveerle información acerca de programas o productos relacionados con la salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de afiliaciones, desafiliaciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 81

-
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información genética para propósitos de suscripción.
 - **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios de salud.
 - **Para comunicaciones con usted.** Podemos usar el número de teléfono o el correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted sobre sus beneficios, atención de la salud o pagos.

Podemos recopilar, usar y 1 compartir su información médica de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas que participan en su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información de médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o 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 muerte, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionales atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales** en caso de que sea necesario para que le brinden sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.

82 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

-
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.

1. Abuso de alcohol y sustancias
2. Información biométrica
3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual.
4. Enfermedades contagiosas
5. Información genética
6. HIV/sida
7. Salud mental
8. Información de menores
9. Medicamentos recetados
10. Salud reproductiva
11. Enfermedades de transmisión sexual

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

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas. Podemos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Pedir comunicaciones** de información confidencial de una forma diferente o a un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla de correo (P.O. Box), en lugar de a su casa. Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerlo por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra a continuación.
- **Ver u obtener una copia** de cierta información médica. Deberá hacer la solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia en dicho formato. Puede pedir que se envíe su registro a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación.
- **Solicitar una enmienda.** Si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá hacer la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que se solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, puede agregar su desacuerdo a su información médica.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 83

-
- **Recibir un resumen de la divulgación** de su información médica durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá ninguna información de salud compartida por los siguientes motivos: (i) para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal no requiera un seguimiento por parte nuestra.
 - **Obtener una copia en papel de este aviso.** Puede pedir una copia en papel en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (www.uhccommunityplan.com).
 - **Solicitar que corrijamos o modifiquemos** su información médica. Según dónde viva, también puede solicitarnos que eliminemos su información médica. Si no podemos hacerlo, se lo informaremos. Si no podemos hacerlo, puede escribirnos e indicar por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo usar sus derechos

- **Para comunicarse con su plan de salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O bien, puede comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo a:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459
Minneapolis MN 55440
- **Para presentar una reclamación.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una reclamación a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificarlo al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

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

84 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

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 2022

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

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera personal a partir de sus solicitudes o formularios. Esto puede incluir su 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

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para realizar nuestras operaciones comerciales. Podemos compartir su información financiera con nuestras filiales. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

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

Confidencialidad y seguridad

Limitamos el acceso a su información financiera a empleados y proveedores de servicios. Mantenemos salvaguardas para proteger su información financiera.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al 1-888-269-5410, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 85

Preguntas sobre este aviso

Llame al número de teléfono gratuito del miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de salud o comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446** o TTY/RTT **711**.

² Para los propósitos de este Aviso de privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Genoa Healthcare, LLC; Golden Outlook, 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.; OptumHealth Holdings, LLC; Optum Labs, LLC; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Sanvello Health, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; 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; and 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 médicos 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 que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota
Familias y niños

Servicios para Miembros:
1-888-269-5410, TTY **711**,
de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

UnitedHealthcare
9800 Health Care Lane
Mail Code: MN006-W900
Minnetonka, MN 55343

myuhc.com/CommunityPlan

**United
Healthcare
Community Plan**

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, llame a Servicios para Miembros al **1-888-269-5410**, TTY **711** o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 87

[Índice](#)

