



Minnesota – Enero de 2024

# Le damos la bienvenida a la comunidad

## UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota Manual para Miembros de MinnesotaCare

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

### Servicio al Cliente:

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

United  
Healthcare  
Community Plan



## Notificación de los Derechos Civiles

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

- Raza
- Color
- Origen nacional
- 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
- Creencias políticas
- Condición médica
- Estado de salud
- Recepción de servicios sanitarios
- Previas reclamaciones
- Historial médico
- Información genética

Usted tiene el derecho a presentar una queja por discriminación si cree que UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota lo trató de manera discriminatoria. Usted puede presentar una queja y solicitar ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico en:

**Civil Rights Coordinator**  
**UnitedHealthcare Civil Rights Grievance**  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130  
Llamada gratuita: **1-888-269-5410**, TTY **711**  
Correo electrónico: **UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**

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

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

## Quejas acerca de los derechos civiles

Usted tiene el derecho a presentar una queja por discriminación si cree que UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota lo trató de manera discriminatoria. También puede comunicarse con cualquiera de las siguientes agencias directamente para presentar una queja por discriminación:

### Oficina de los Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos

Usted tiene el derecho a presentar una queja ante la OCR, una agencia federal, si piensa que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

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

Comuníquese con **OCR** directamente para presentar una queja al:

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: Llamada gratuita al: 800-368-1019

TDD llamada gratuita al: 800-537-7697

Correo electrónico: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

### Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

En Minnesota, usted tiene el derecho de presentar una queja ante MDHR si usted ha sido discriminado por cualquiera de las siguientes razones:

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

Contacte a **MDHR** directamente para presentar una queja en:

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

Voz: **651-539-1100**

Llamada gratuita: **800-657-3704**

MN Relay: **711** o **800-627-3529**

Fax: 651-296-9042

Correo electrónico: [Info.MDHR@state.mn.us](mailto:Info.MDHR@state.mn.us)

## **Minnesota Department of Human Services (DHS)**

Usted tiene derecho a presentar una queja ante DHS si piensa que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica debido a cualquiera de los siguientes motivos:

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

Las quejas deben presentarse por escrito y presentarse dentro de 180 días posteriores a la fecha en que sucedió la presunta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección y describir la discriminación por la que se presenta la queja. Lo revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si nosotros tenemos la autoridad, investigaremos la queja.

DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Usted tiene derecho a presentar una apelación si usted no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué usted no está de acuerdo con la decisión. Incluya cualquier información adicional que usted piense que es importante.

Si usted presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no pueden tomar represalias en su contra. Esto significa que no pueden castigarlo de ninguna manera por presentar una queja. El presentar una queja de esta manera no le impide a usted de buscar otras acciones legales o administrativas.

Contacte **DHS** directamente para presentar una queja por discriminación en:

Civil Rights Coordinator  
Minnesota Department of Human Services  
Equal Opportunity and Access División  
P.O. Box 64997  
St. Paul, MN 55164-0997  
Voz: 651-431-3040 o use el servicio de transmisión que prefiera

### **Declaración de salud de los indígenas estadounidenses**

Los indígenas estadounidenses pueden continuar o comenzar a usar las clínicas tribales y de los Servicios de salud para indígenas (IHS). No necesitaremos aprobación previa ni impondremos ninguna condición para que reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años o más, esto incluye los servicios de Exención para personas mayores (EW) a los que se accede a través de la tribu. Si un doctor u otro proveedor de una clínica tribal o de IHS lo refiere a un proveedor de nuestra red, no le solicitaremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes de la referencia.



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

Bienvenido 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. . . . .	19
Sección 4: Responsabilidades de los Miembros . . . . .	21
Sección 5: Su Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro del Plan de Salud . . . . .	22
Sección 6: Costo Compartido . . . . .	23
Sección 7: Servicios Cubiertos . . . . .	26
Sección 8: Servicios que no Cubrimos . . . . .	65
Sección 9: Servicios Que No Están Cubiertos por el Plan, pero que Pueden Estar Cubiertos a Través de Otra Fuente . . . . .	66
Sección 10: Cuándo Llamar a MinnesotaCare. . . . .	68
Sección 11: Cómo Usar la Cobertura del Plan con Otro Seguro . . . . .	69
Sección 12: Subrogación u Otra Reclamación . . . . .	70
Sección 13: Proceso de Quejas Formales, Apelaciones y Apelaciones Estatales (Audiencia Imparcial Ante el Estado) . . . . .	71
Sección 14: Definiciones. . . . .	78
Sección 15: Información Adicional. . . . .	85

# 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 MinnesotaCare. 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. Le ayudaremos a decidir qué hacer a continuación y a qué médico acudir.

Si es nuevo en UnitedHealthcare, recibirá una encuesta para nuevos miembros que deberá completar por teléfono o en línea. Se trata de una encuesta voluntaria. Solo le tomará unos minutos completarla. Le recomendamos que la complete, ya que nos ayudará a conectarle con servicios de atención de la salud u otros servicios a su disposición como miembro. Según sus respuestas, podemos comunicarnos con usted para obtener información adicional. Si tiene preguntas sobre esta encuesta, llame al Servicio al Cliente.

Este Manual para Miembros constituye 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 a MinnesotaCare
- Cómo usar la cobertura del plan con otro seguro u otras fuentes de pago
- Información sobre qué hacer si tiene una queja formal (queja) o desea apelar una medida del plan, según se define en la Sección 13
- Definiciones

---

Los condados en el área de cobertura del plan son los siguientes:

- Anoka
- Carver
- Dakota
- Hennepin
- Ramsey
- Scott
- St. Louis
- Washington

Díganos qué opina de nosotros. Puede llamar en cualquier momento. (En la Sección 1 de este Manual para Miembros, se indica cómo puede comunicarse con nosotros.) 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 el Servicio al Cliente

Si tiene alguna consulta o inquietud, llame, envíe un correo electrónico o escriba al Servicio al Cliente. Nos complacerá ayudarlo. El horario de atención del Servicio al Cliente es de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes.

Llame al ..... **1-888-269-5410**, TTY **711**  
Sitio web ..... **myuhc.com/CommunityPlan/MN**  
Sitio web para teléfono móvil. .... **Aplicación de UnitedHealthcare**

## Información de contacto de nuestro Plan para ciertos servicios

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

Dirección para presentar una apelación o queja formal 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 odontológicos ..... **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**

10 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite **myuhc.com/CommunityPlan**, llame al Servicio al Cliente 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 americano (ASL) . . . . .	<b>1-888-269-5410, TTY 711</b>
Idioma hablado . . . . .	<b>1-888-269-5410, TTY 711</b>
Servicios de salud mental y conductual . . . . .	<b>1-888-269-5410, TTY 711</b>
Medicamentos recetados . . . . .	<b>1-888-269-5410, TTY 711</b>
Servicios para trastornos por consumo de sustancias . . . . .	<b>1-888-269-5410, TTY 711</b>
Transporte . . . . .	<b>1-888-444-1519, TTY 711</b>

## 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: TTY **711**, servicio de retransmisión de Minnesota al 1-800-627-3529 (TTY, mensajes de voz, 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 el Servicio al Cliente 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>**

Denuncie fraudes y abusos a UnitedHealthcare llamando al 1-844-359-7736 o visitando **<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) del 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 (esta llamada es gratuita). También puede comunicarse por fax al 651-431-7569 o por correo electrónico a **DHS.SIRS@state.mn.us**.

## Departamento de Servicios Humanos de Minnesota

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 Departamento de Servicios Humanos administra el programa MinnesotaCare. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para MinnesotaCare, comuníquese con MinnesotaCare al 651-297-3862 o al 1-800-657-3672 o TTY 711, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

**¿Tiene alguna pregunta?** Visite **myuhc.com/CommunityPlan**, llame al Servicio al Cliente 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

---

### Defensoría para Programas Públicos de Atención de la Salud Administrada

La Defensoría 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 ayudarle a presentar una queja formal o apelación ante nosotros. La Defensoría también puede ayudarle a solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado). Llame al 651-431-2660 o al 1-800-657-3729, o TTY 711, o use sus servicios de retransmisión preferidos. 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 acudir a 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. El Directorio de Proveedores puede darle información sobre proveedores, como nombre, dirección, número de teléfono, calificaciones profesionales, especialidad e idiomas que habla el proveedor. Llame al Servicio al Cliente si desea obtener información sobre certificaciones de la junta médica, facultad de medicina a la que el proveedor asistió, programa de residencia y estado de certificación de la junta médica. Puede solicitar una copia impresa del Directorio de Proveedores en cualquier momento. Para verificar información actual, puede llamar al Proveedor, llamar a Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 o visitar nuestro sitio web que figura en la Sección 1.

Cuando usted es miembro o se convierte en miembro de unitedhealthcare, elige o se le asigna a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Su proveedor de atención primaria (PCP) puede proporcionarle la mayoría de los servicios de atención de la salud que necesita y le ayudará a coordinar su atención. Puede cambiar su proveedor de atención primaria (PCP). Comuníquese con el Servicio al Cliente para cambiar de proveedor.

No necesita un referido para visitar a un especialista de la red del plan. Sin embargo, su clínica de atención primaria puede proporcionarle la mayoría de los servicios de atención de la salud que necesita y le 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 obtener información sobre cómo hacer esto, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.

## Sección 2: Información Importante Sobre Cómo Obtener la Atención que Necesita

---

### Transición de la atención

Si usted es un miembro recientemente inscrito que actualmente recibe atención de un proveedor que no pertenece a la red del plan, le 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 al Servicio al Cliente.

### Gestión de utilización

UnitedHealthcare desea que usted reciba la atención médica de calidad adecuada. Queremos asegurarnos de que los servicios de atención de la salud proporcionados sean médicamente necesarios, sean adecuados para su afección y se proporcionen en el mejor centro de atención. También necesitamos asegurarnos de que la atención que recibe sea un beneficio cubierto. El proceso para hacerlo se denomina gestión de utilización (utilization management, UM). Cumplimos con políticas y pasos que seguimos para tomar decisiones sobre la aprobación de servicios médicos. No recompensamos a los proveedores o al personal por denegar la cobertura. No damos incentivos por las decisiones relacionadas con la gestión de utilización. No recompensamos a nadie por decir que usted no necesita atención.

### 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 médico de atención primaria para obtener una autorización previa cuando sea necesario. En situaciones urgentes, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la solicitud de su médico. Para obtener más información, comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

En la mayoría de los casos, debe acudir a 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 usar 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 acudir 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

Para obtener más información, comuníquese con el número de teléfono del Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

14 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente 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

---

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

- Una afección crónica (en curso)
- Una enfermedad mental o física potencialmente mortal
- Una enfermedad o discapacidad degenerativa
- Cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista

Si no obtiene una autorización previa de nuestra parte cuando sea necesario, es posible que no se pague la factura. Para obtener más información, comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

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
- 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.

Para obtener más información, comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

En UnitedHealthcare, contamos con personal que puede ayudarle a encontrar la mejor manera de usar los servicios de atención de la salud. Si tiene preguntas sobre cuestiones como dónde obtener servicios, cómo obtener una autorización para servicios o restricciones sobre medicamentos recetados, podemos ayudarle. Llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. 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, llame al Servicio al Cliente.

## Sección 2: Información Importante Sobre Cómo Obtener la Atención que Necesita

---

### Servicios cubiertos y sin cobertura

La inscripción en el plan no garantiza que ciertos artículos estén cubiertos. Es posible que algunos medicamentos recetados 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 detenidamente. 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, llame a nuestro Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.

Podemos cubrir servicios adicionales o sustitutos con algunas condiciones.

El equipo de Autorizaciones Previas del director médico de UnitedHealthcare revisa las solicitudes de cobertura para procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos nuevos. Este grupo incluye médicos y otros expertos en atención de la salud. Utilizan pautas nacionales, y evidencia médica y científica para decidir si UnitedHealthcare debe aprobar equipos, procedimientos o medicamentos nuevos.

### Costo compartido

Es posible que se le pida que contribuya un monto para algunos servicios médicos. Esto se llama 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 pague. Las leyes estatales y federales nos impiden pagarle directamente. Si pagó por un servicio que considera que deberíamos haber cubierto, llame al Servicio al Cliente.

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.

## Sección 2: Información Importante Sobre Cómo Obtener la Atención que Necesita

---

### Conciencia cultural

Entendemos que sus creencias, cultura y valores desempeñan un papel en su salud. Queremos ayudarle 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 ayudarle a acceder a los servicios. Esto incluye intérpretes de idioma hablado e intérpretes de lenguaje de señas estadounidense (American Sign Language, 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. Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 para averiguar qué intérpretes puede solicitar.

### Otro seguro de salud

Si tiene otro seguro de salud o Medicare, ya no será elegible para MinnesotaCare. Asegúrese de informar a la oficina de MinnesotaCare sobre cualquier otro seguro de salud que le brinde cobertura a usted o a sus hijos.

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

### Información privada

Nosotros y los proveedores de atención médica que se ocupan de su atención 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.

## Sección 2: Información Importante Sobre Cómo Obtener la Atención que Necesita

---

### 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 de la salud en el hogar. 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 acudir 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 al Programa de Atención de la Salud de Minnesota con cargo por servicio. No perderá la elegibilidad para el Programa de Atención de la Salud de Minnesota 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 le 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 de parte nuestra. 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 ante 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 MinnesotaCare o si se inscribe en un plan de salud diferente.

Si ya no es elegible para MinnesotaCare, 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](http://www.MNsure.org). 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
- Tener una conversación abierta para obtener información sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, incluida la forma en que los tratamientos le ayudarán o perjudicarán, independientemente del costo o la cobertura de beneficios
- Recibir información sobre nuestra organización, nuestros servicios, nuestros profesionales y proveedores, y los derechos y las responsabilidades de los miembros
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención de la salud
- 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 formal o apelación ante nosotros. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Minnesota.
- Solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante 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 para solicitar una apelación estatal.
- Recibir una explicación clara de los servicios de atención en el hogar cubiertos

### Sección 3: Declaración de Derechos de los Miembros

---

- 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 designar a una persona (representante) 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
- Obtener la siguiente información de nosotros, si la solicita. Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.
  - 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 calificaciones profesionales de sus 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 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. También mostrar las tarjetas de cualquier otra cobertura de salud que tenga.
- Establecer una relación con un médico 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 médico 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 médico 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 médico 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. Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.

# Sección 5: Su Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro del Plan de Salud

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

Llévela siempre con usted.

Debe mostrarla cada vez que reciba atención de la salud.

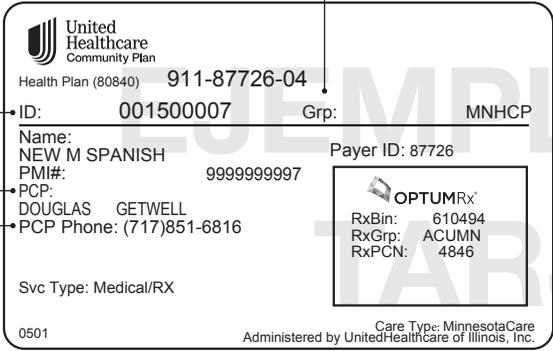
Debe usarla junto con su tarjeta del Programa de Atención de la Salud de Minnesota. También muestre las tarjetas de cualquier otra cobertura de salud que tenga, como Medicare o un seguro privado. Consulte la Sección 11: Cómo usar la cobertura del plan con otro seguro para obtener información adicional.

Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 de inmediato si pierde o le roban su tarjeta de identificación de miembro. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Llame a MinnesotaCare si pierde o le roban su tarjeta del Programa de Atención de la Salud de Minnesota.

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

Grupo



United Healthcare  
Community Plan  
Health Plan (80840) 911-87726-04

ID: 001500007 Grp: MNHCP

Name: NEW M SPANISH Payer ID: 87726

PMI#: 9999999997

PCP: DOUGLAS GETWELL  
PCP Phone: (717)851-6816

Svc Type: Medical/RX

0501  
Care Type: MinnesotaCare  
Administered by UnitedHealthcare of Illinois, Inc.

In an emergency use nearest emergency room or call 911. Printed: 09/2021

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](http://www.myuhc.com/communityplan).

For Customer Service: 888-269-5410 TTY 711

Nurseline: 800-718-9066

Complaints, Appeals & Grievances: 888-269-5410

State Ombudsperson: 800-657-3729

For Providers: UHCprovider.com 877-440-9946

Medical Claims: PO Box 5270, Kingston, NY, 12402-5270

Precertification & Utilization Review: 877-440-9946

Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334  
For Pharmacists: 844-495-8038

001500007 → Número de identificación del miembro

DOUGLAS GETWELL → Proveedor de atención primaria

(717)851-6816 → Teléfono del proveedor de atención primaria

888-269-5410 → NurseLine

800-718-9066 → Quejas, apelaciones y quejas formales

800-657-3729 → Defensor estatal

22 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

# Sección 6:

## Costo Compartido

---

El costo compartido se refiere a su responsabilidad de pagar un monto de sus costos médicos. Para las personas inscritas en un plan de salud MinnesotaCare, el costo compartido consiste en copagos o un coseguro.

### Copagos

MinnesotaCare tiene dos conjuntos de beneficios diferentes: MinnesotaCare Child y MinnesotaCare. Los miembros que tienen el conjunto de beneficios MinnesotaCare Child no tienen copagos. Para los miembros que tienen el conjunto de beneficios MinnesotaCare, algunos servicios requieren copagos. El copago es el monto que usted será responsable de pagar a su proveedor. 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 de emergencia o que no sea de emergencia a la sala de emergencias.

Los copagos se enumeran en la siguiente tabla. Asegúrese de leer la tabla de copagos del programa en el que está inscrito. Si no sabe en qué programa está inscrito, llame a MinnesotaCare al 651-297-3862 o al 1-800-657-3672 (número gratuito) para averiguarlo.

#### **Los miembros que se enumeran aquí no tienen copagos por servicios de atención de la salud**

- Indígenas estadounidenses inscritos en una tribu reconocida a nivel federal
- Menores de 21 años de edad

## Sección 6: Costo Compartido

MinnesotaCare	
Servicio	Monto del copago
<p><b>Visitas no preventivas</b> (como visitas por dolor de garganta, chequeo de diabetes, fiebre alta, dolor de espalda, etc.) proporcionadas por un médico, visitas de servicios complementarios al médico facturadas bajo el Identificador Nacional de Proveedores (National Provider Identifier, NPI), acupunturista, personal de enfermería de práctica avanzada, enfermera partera, quiropráctico, podólogo, audiólogo, óptico u optometrista. No hay copagos por servicios de salud mental ni para trastornos por consumo de sustancias.</p>	\$28.00 por visita
<p><b>Visitas a la sala de emergencias:</b> si esta visita da como resultado una admisión como paciente hospitalizado, solo se cobrará el copago de admisión como paciente hospitalizado.</p>	\$100.00 por visita
<p><b>Anteojos</b></p>	\$10.00 por par
<p><b>Hospital para pacientes hospitalizados</b></p>	\$250.00 por admisión
<p><b>Medicamentos recetados, genéricos</b> No hay copagos para medicamentos antipsicóticos.</p>	\$10.00 por receta
<p><b>Medicamentos recetados, de marca</b> No hay copagos para medicamentos antipsicóticos.</p>	\$25.00 por receta
<p><b>Máximo de desembolso personal (maximum out of pocket, MOOP) para medicamentos recetados:</b> incluye medicamentos genéricos y de marca</p>	\$70.00 máximo combinado por mes
<p><b>Radiología</b></p>	\$45.00 por visita

Ejemplos de servicios que **no** tienen copagos:

- Cirugía ambulatoria
- Hospital para pacientes ambulatorios
- Atención dental preventiva y de diagnóstico
- Suministros y servicios de planificación familiar
- Atención en el hogar
- Vacunas
- Servicios de interpretación
- Suministros y equipos médicos
- Servicios de salud mental
- Servicios dentales que no son de rutina
- Visitas de atención preventiva, como exámenes físicos
- Terapias de rehabilitación
- Reparación de anteojos
- Algunas pruebas de detección preventivas y asesoramiento, como exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y asesoramiento nutricional
- Algunos medicamentos para la salud mental (antipsicóticos)
- Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias
- Pruebas como análisis de sangre
- 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 el Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 si tiene preguntas.

# Sección 7:

## Servicios Cubiertos

---

Esta sección describe los servicios superiores que están cubiertos por el plan para los miembros de MinnesotaCare. No es una lista completa de los servicios cubiertos. Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1. Algunos servicios tienen limitaciones. Algunos servicios requieren autorización previa. Un servicio marcado con un asterisco ( \* ) significa que requiere o puede requerir autorización previa. Asegúrese de que exista una autorización previa vigente antes de recibir el servicio. Todos los servicios de atención de la salud deben ser médicamente necesarios para que estén cubiertos. Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre las autorizaciones previas. Para obtener más información, también puede llamar al número del Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

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 estos.

## 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.

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

## Asientos para automóvil:

### Servicios Cubiertos:

Todos los padres elegibles pueden recibir un asiento para automóvil para su bebé o niño. Los padres elegibles pueden recibir este beneficio cada 3 años, según el crecimiento y las necesidades del niño.

Si nuestro equipo de Healthy First Steps se comunica con usted para brindarle apoyo durante el embarazo, le proporcionará detalles sobre este beneficio y le ayudará a pedir un asiento para automóvil. O puede llamar al número de Servicio al Cliente que figura en la Sección 1, para obtener más información.

## Chequeo para Niños y Adolescentes (C&TC)

### Servicios cubiertos:

#### Visitas de salud preventivas para Chequeos para Niños y Adolescentes (Child and Teen Checkups, C&TC)

Estas visitas son esenciales para garantizar que los niños, adolescentes y adultos jóvenes reciban servicios preventivos, dentales, de salud mental, del desarrollo y especializados adecuados.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

Según la edad, estas visitas pueden incluir las siguientes:

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

### Notas:

Chequeos para Niños y Adolescentes es un programa de visitas de salud para miembros desde el nacimiento hasta los 21 años de edad.

A partir de los 11 años, cada visita puede incluir una reunión individual entre el paciente y el proveedor. Esto permite que los adolescentes y adultos jóvenes tengan la oportunidad de hacer preguntas en forma privada y aprendan a administrar su propia salud.

La frecuencia con la que se necesita un Chequeo para Niños y Adolescentes depende de la edad. Los niños en cuidado adoptivo deben acudir a las visitas con más frecuencia:

**Desde el nacimiento hasta los 2 años y medio:** 0 a 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

Una visita de Chequeo para Niños y Adolescentes se utiliza a fin de ingresar al programa Head Start, el programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC), la escuela, la guardería, un campamento y para exámenes físicos deportivos. Asegúrese de llevar el formulario a la visita para que el proveedor lo complete.

Comuníquese con su clínica de atención primaria para programar una visita de salud preventiva de Chequeos para Niños y Adolescentes.

## Atención quiropráctica

### Servicios cubiertos:

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

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

28 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

### Servicios no cubiertos:

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

## Servicios dentales

### 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 años (una vez de por vida) (no se puede realizar en la misma fecha que el servicio de instrucción de higiene bucal)
- Evaluación bucal (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) (en miembros embarazadas se limitan a una vez cada cinco años)
  - Radiografías (cuatro por fecha de servicio) (en miembros embarazadas se limitan a una cada cinco años)
  - Panorámicas (una vez cada cinco años, excepto cuando sea médicamente necesario; una vez cada dos años en situaciones limitadas; o en un hospital para pacientes ambulatorios programado o en un centro de cirugía ambulatoria [Ambulatory Surgery Center, ASC] independiente)
  - Radiografías de boca completa (una vez en un período de cinco años)

#### Servicios Preventivos:

- Limpiezas dentales (limitadas a dos veces por año calendario; hasta cuatro por año con autorización previa) (limitadas a dos veces por año calendario para niños; hasta cuatro por año según sea médicamente necesario)
- 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 (uno cada cinco años por molar permanente)

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

- Tratamiento de caries (una vez por diente cada seis meses)
- Instrucción en higiene bucal (no se puede realizar en la misma fecha que la evaluación bucal para niños menores de tres años). (Se requiere autorización previa para el servicio adicional.)

### Servicios de restauración:

- Empastes (limitados a una vez cada 90 días por diente)
- Empastes sedantes para aliviar el dolor (no se pueden realizar en la misma fecha que el servicio de barniz de fluoruro o el tratamiento de emergencia por dolor dental)
- Endodoncia (tratamientos de conducto) (una vez por diente de por vida)
- Cirugía bucal (con autorización previa)
- Ortodoncia solo cuando sea médicamente necesario para afecciones muy limitadas (con autorización previa)

### 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 (con autorización previa) (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)
  - Procedimientos de seguimiento (mantenimiento periodontal) (con autorización previa) (cada tres meses/91 días durante dos años) (hasta cuatro por año calendario, después de completar el raspado y el alisado radicular)

### Prostodoncia:

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

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

### 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 de cirugía ambulatoria [ASC] independiente como parte de una cirugía dental para pacientes ambulatorios)
- Centro de atención prolongada/visita a domicilio en ciertos entornos institucionales, incluidos los siguientes: centros de enfermería, centros de enfermería especializada, hogares de atención interna, instituciones para enfermedades mentales (Institutions for Mental Diseases, IMD), centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo (Intermediate Care Facilities for Persons with Developmental Disabilities, ICF/DD), centros para pacientes terminales, opciones de tratamiento extendido de Minnesota (Minnesota Extended Treatment Options, METO) y camas de multiuso terapéutico (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
- Medicamentos (solo cuando sean médicamente necesarios para afecciones muy limitadas)
- Óxido nitroso (solo si el servicio dental cubierto no puede realizarse de manera segura sin esta, o si requeriría que el servicio se realice bajo anestesia general en un hospital o centro quirúrgico)
- Ajustes bucales de la mordida (ajustes completos con autorización previa) (limitado a una vez por día)
- Sedación oral o intravenosa (solo si el servicio dental cubierto no puede realizarse de manera segura sin esta o si requeriría que el servicio se realice bajo Anestesia general en un hospital o centro quirúrgico)

### Notas:

Si comienza a recibir servicios de ortodoncia, no será necesario que complete 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.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

### Servicios de diagnóstico

#### Servicios cubiertos:

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

#### Notas:

Las pruebas de diagnóstico están cubiertas si cumplen con Medicare o nuestros criterios de cobertura y la prueba es médicamente necesaria. No todas las pruebas estarán cubiertas. Los servicios pueden proporcionarse en un consultorio médico, un entorno clínico, un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios, un laboratorio independiente o un entorno radiológico.

### Servicios médicos y otros servicios de salud

#### Servicios cubiertos:

- Visitas al médico, incluidas las siguientes:
  - Inmunoterapia para alergias y pruebas de alergias
  - Atención de mujeres embarazadas (consulte las Notas)
  - Planificación familiar: **servicio de acceso abierto**
  - Análisis de laboratorio y radiografías
  - Exámenes físicos
  - Exámenes preventivos
  - Visitas preventivas al consultorio
  - Especialistas
  - Consulta de telemedicina
  - Vacunas y medicamentos administrados en el consultorio del médico
  - Visitas por enfermedad o lesión
  - Visitas al hospital o a un hogar para ancianos
- Servicios de enfermería de práctica avanzada: servicios proporcionados por personal de enfermería practicante, personal de enfermería anestesista, una partera o un especialista en enfermería clínica

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

32 ¿Tiene alguna pregunta? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

- Servicios de salud conductual en casa: coordinación de atención primaria, servicios de salud mental y servicios sociales (para miembros menores de 19 años)
- 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.
- 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 del hogar para ancianos solicitadas por su proveedor de atención primaria
  - Visitas de evaluación de seguridad solicitadas por el médico o 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
  - Vacunas
  - Obtención de muestras de laboratorio
  - Atención de seguimiento después de recibir tratamiento en un hospital
  - Otros procedimientos médicos básicos
- Asesoramiento y pruebas para enfermedades de transmisión sexual (STD), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH: **servicio de acceso abierto**
- Servicios de atención para el asma mejorados (para miembros elegibles menores de 19 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. Su agencia de salud pública local puede ayudarlo a encontrar uno de estos profesionales de atención médica para que le ayude o puede comunicarse con el Servicio al Cliente.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

**¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 33

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

- 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 basados en la comunidad al alcance en el hospital (In-Reach Community-Based Service Coordination, 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 sala de emergencias y otros servicios de atención de la salud.
- Vacunas
- Servicios de podología (desbridamiento de las uñas de los pies, callos y callosidades 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 acudir 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)

### Notas:

Las fechas de inicio o finalización del embarazo deben informarse a su trabajador de elegibilidad lo antes posible.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Servicios de Intervención Conductual y del Desarrollo Temprana e Intensiva (EIDBI) (para miembros menores de 21 años)

El propósito del beneficio de Intervención Conductual y del Desarrollo Temprana e Intensiva (Early Intensive Developmental and Behavioral Intervention, EIDBI) es proporcionar intervención médicamente necesaria, temprana e intensiva para personas con trastorno del espectro autista (Autism Spectrum Disorder, ASD) y afecciones relacionadas. Las familias pueden obtener más información sobre la intervención conductual y del desarrollo temprana e intensiva realizando la capacitación en línea **EIDBI 101** [(https://www.dhs.state.mn.us/EIDBI101)]. La **Carta de bienvenida para cuidadores de intervención conductual y del desarrollo temprana e intensiva** [(https://www.dhs.state.us/EIDBI-Welcome-Letter)] proporciona más información sobre el programa una vez que una familia comienza a recibir los servicios.

Las familias pueden obtener más información sobre el autismo, así como sobre los recursos y apoyos, visitando el **Portal de recursos sobre autismo de Minnesota** (https://mn.gov/autism/). 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 intervención conductual y del desarrollo temprana e intensiva son proporcionados por proveedores de EIDBI inscritos que tienen experiencia en las modalidades aprobadas, que incluyen las siguientes:

- **Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA)**
- **Modelo Basado en el Desarrollo, las Diferencias Individuales y las Relaciones (Developmental, Individual Difference, Relationship-Based, 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.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

### Servicios cubiertos:

- **Evaluación Multidisciplinaria Integral** (Comprehensive Multi-Disciplinary Evaluation, CMDE), necesaria para determinar la elegibilidad y necesidad médica para recibir servicios de Intervención Conductual y del Desarrollo Temprana e Intensiva [(<https://www.dhs.state.mn.us/CMDE>)]
- **Desarrollo del Plan de Tratamiento Individual (Individual Treatment Plan, ITP)** (inicial) [(<https://www.dhs.state.mn.us/ITP>)]
- Desarrollo del **Plan de Tratamiento Individual (ITP)** y monitoreo del progreso
- **Intervención Directa:** individual, grupal o de mayor intensidad [(<https://www.dhs.state.mn.us/EIDBI-DirectIntervention>)]
- **Observación y Dirección** [(<https://www.dhs.state.mn.us/EIDBI-ObservationandDirection>)]
- **Capacitación y Asesoramiento para Familiares/Cuidadores:** individual o grupal [(<https://www.dhs.state.mn.us/EIDBI-CaregiverTrainingandCounseling>)]
- **Conferencia de Atención Coordinada** [(<https://www.dhs.state.mn.us/EIDBI-CoordinatedCareConference>)]
- **Tiempo de viaje**

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## 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, 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 ni a una entidad fuera de los EE. UU.

### Notas:

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

En todos los demás casos, llame a su médico de atención primaria, si es posible. El número de teléfono de la clínica también figura en su tarjeta de identificación de miembro. Puede llamar a este número las 24 horas del día, los siete días de la semana y recibir instrucciones sobre qué hacer.

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

Debe llamar al Servicio al Cliente 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.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

# 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 para la planificación familiar: **servicio de acceso abierto**
- Métodos de planificación familiar (por ejemplo, píldoras anticonceptivas, parche, anillo, dispositivo intrauterino [DIU], inyecciones, implantes): **servicio de acceso abierto**
- Suministros con receta para la planificación familiar (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 acudir 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 acudir 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 acudir a un proveedor de la red del plan.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

### 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 una persona 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.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

# Centro para pacientes terminales

### Servicios cubiertos:\*

Los beneficios del centro para pacientes terminales 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
- Equipos y suministros médicos
- 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 hospitalizados
- 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:

Debe elegir los beneficios del centro para pacientes terminales a fin de recibir servicios de cuidado paliativo.

Los miembros menores de 21 años aún pueden recibir tratamiento para su afección terminal además de los servicios para pacientes terminales.

Si está interesado en usar los servicios para pacientes terminales, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Hospital: Pacientes Hospitalizados

### 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, fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y respiratoria)

### Servicios no cubiertos:

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

### Notas:

Para obtener más información sobre los diferentes tipos de hospitalizaciones, incluida la salud mental/conductual o el trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) para pacientes hospitalizados, consulte las secciones específicas de este Manual para Miembros.

La atención que no sea de emergencia recibida en un hospital puede requerir una autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria para obtener una autorización previa cuando sea necesario. Para obtener más información, también puede llamar al número del Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

### Hospital – Comidas Posteriores al Alta Hospitalaria del Paciente:

#### Servicios Cubiertos:

El plan proporcionará los siguientes servicios para miembros elegibles para recibir comidas posteriores al alta hospitalaria:

- Es posible que reúna los requisitos para recibir hasta 2 comidas por día, limitado a 2 semanas a partir del alta hospitalaria por un total de 28 comidas preparadas. Estas comidas se entregan en su hogar.
- Para miembros mayores de 18 años que hayan sido internados o hayan recibido el alta hospitalaria, que incluye en su definición a sala de emergencias, internación hospitalaria o centro de enfermería especializada.

#### Notas:

Las comidas posteriores al alta hospitalaria se basan en la necesidad de proveer comidas nutritivas preparadas a los miembros que hayan recibido recientemente el alta hospitalaria y que tienen una capacidad limitada de realizar actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL). Le contactaremos para ofrecerle este beneficio cuando nos enteremos de un alta hospitalaria reciente. Para obtener más información, también puede llamar al número de Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

### Hospital – Comidas Posteriores al Alta Hospitalaria del Paciente – Programa materno:

#### Servicios Cubiertos:

El plan proporcionará los siguientes servicios para miembros elegibles para recibir comidas posteriores al alta hospitalaria:

- Es posible que reúna los requisitos para recibir 28 comidas preparadas en su hogar después de recibir el alta de un hospital o centro de enfermería especializada.
- Para miembros que han sido admitidos o dados de alta del hospital para el parto de un bebé

#### Notas:

Las comidas posteriores al alta hospitalaria se basan en la necesidad de proporcionar comidas nutritivas y preparadas a los miembros que recientemente recibieron el alta hospitalaria después del parto para apoyar la recuperación y la nutrición. Le contactaremos para ofrecerle este beneficio cuando nos enteremos de un alta hospitalaria reciente. Para obtener más información, también puede llamar al número de Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

42 ¿Tiene alguna pregunta? Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al 1-888-269-5410, TTY 711, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

## 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 hospitalizado en el hospital, puede ingresar al estado de “observación ambulatoria” hasta que su proveedor determine que su afección requiere una admisión como paciente hospitalizado en el hospital o un alta hospitalaria. El servicio de observación está cubierto hasta 48 horas. UnitedHealthcare considerará los servicios de observación hasta 72 horas para circunstancias inusuales cuando se presenten con documentación adicional.\*

### Notas:

La atención que no sea de emergencia recibida en un hospital puede requerir una autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria para obtener una autorización previa cuando sea necesario. Para obtener más información, también puede llamar al número del Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

## 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 ayudarle a obtener servicios cubiertos.

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

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

# Suministros y equipos médicos

### Servicios cubiertos:

- Prótesis u ortopedia
- Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, camas de hospital, andadores, muletas, apoyos, artículos de baño y pelucas para personas con pérdida del cabello debido a una afección médica). Comuníquese con el Servicio al Cliente para obtener más información sobre la cobertura y los límites de beneficios para pelucas.
- Reparaciones de equipos médicos
- Baterías para equipos médicos
- Algunos zapatos, incluidos zapatos terapéuticos estándar, cuando se cumplen criterios específicos y cuando se moldean a medida o forman parte de un soporte para la pierna
- Oxígeno y equipo de oxígeno
- Dispositivos de despeje de las vías respiratorias
- Dispositivos de estimulación eléctrica
- Suministros médicos que necesita para cuidar de su enfermedad, lesión o discapacidad
- Equipo y suministros para la diabetes
- Productos nutricionales o enterales 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 19 años a quienes se les diagnostica asma mal controlada)
- Dispositivos de detección de convulsiones

### 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

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

44 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

### Notas:

Deberá acudir 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 que se indica en la Sección 1 si necesita más información sobre nuestros criterios de cobertura de equipo médico duradero.

## Servicios de salud mental y conductual

### Servicios cubiertos:

- Clínica certificada de salud conductual comunitaria (Certified Community Behavioral Health Clinic, CCBHC)
- Servicios intensivos de salud conductual para niños (Children's Intensive Behavioral Health Services, CIBHS) (para miembros menores de 21 años)
- 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 o más)
- 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 forense (Forensic Assertive Community Treatment, FACT) (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)

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

- 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
  - 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 o más)
  - Tratamiento diurno para adultos (para miembros de 18 años o más)
  - Los servicios de rehabilitación de salud mental para adultos (Adult Rehabilitative Mental Health Services, ARMHS) están disponibles para miembros mayores de 18 años
  - Especialistas en apoyo para pares certificados en el área de familia (para miembros menores de 21 años)
  - Servicios de apoyo de especialistas en apoyo para pares certificados (Certified Peer Specialist, CPS) en situaciones limitadas
  - Servicios de tratamiento residencial de salud mental para niños (para miembros menores de 21 años)
  - Servicios y apoyo 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 atención 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)/Tratamiento asertivo comunitario para jóvenes (Youth ACT): servicios de rehabilitación de salud mental intensiva no residencial (para miembros de 8 a 20 años)
- Centro residencial de tratamiento psiquiátrico (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF) para miembros de 21 años o menos
- Telesalud

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

### 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 Norma 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

### Notas:

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

Acuda a un proveedor de la red del plan para recibir 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 que acuda 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 ella. Tiene derecho a apelar nuestra decisión.

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

## Línea Telefónica de Enfermería:

Hable con personal de enfermería registrado (registered nurse, RN) sobre sus inquietudes y preguntas médicas.

### Servicios Cubiertos:

Los servicios de la Línea Telefónica de Enfermería están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al 1-800-718-9066. Esta llamada es gratuita.

Para obtener más información, también puede llamar al número de Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

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

### Servicios cubiertos:

- Servicios de doula (acompañante durante el parto) por parte de una doula certificada
- Servicios hospitalarios para recién nacidos
- 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
- Tratamiento para recién nacidos de madres VIH positivas
- Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STD): **servicio de acceso abierto**

### Servicios no cubiertos:

- Aborto: este servicio no está cubierto por el plan. Es posible que el estado lo cubra. Llame a Apoyo al Consumidor de Atención de la Salud de DHS al 651-297-3862 o al 800-657-3672 o al 711 (TTY), o bien, use sus servicios de retransmisión preferidos para obtener información sobre la cobertura. Esta llamada es gratuita. También consulte la Sección 9.
- Nacimientos planificados en el hogar

### Notas:

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

## Servicios ópticos

### Servicios cubiertos:

- Exámenes oculares
- Anteojos iniciales, cuando sean médicamente necesarios (la selección de marcos de anteojos puede estar limitada)
- Anteojos de reemplazo, cuando sean médicamente necesarios
  - Reemplazo idéntico de anteojos cubiertos por pérdida, robo o daño sin posibilidad de reparación

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

48 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

- Reparaciones de marcos y lentes para anteojos cubiertos por el plan
- Lentes ahumados, fotocromáticos (por ejemplo, lentes Transition®) o polarizados, cuando sea médicamente necesario
- 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

## Servicios fuera del área

### Servicios cubiertos:

- Servicio que necesita cuando se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura del plan. Comuníquese con el Servicio al Cliente 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 servicio 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 al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 lo antes posible.)
- Servicios cubiertos que no están disponibles en el área de servicio del plan

### Servicios no cubiertos:

- Servicios de emergencia, urgentes 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 ni a una entidad fuera de los EE. UU.

### Notas:

Si necesita usar una farmacia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan, llame primero al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 antes de pagar un medicamento recetado o de venta libre, incluso si el medicamento está en nuestra lista de medicamentos cubiertos (List of Covered Drugs, LOCD) (Formulario). No podremos devolverle el dinero si lo paga.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

### Servicios fuera de la red

#### Servicios cubiertos:

- Ciertos servicios que necesita 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)
- Servicio médico que no es de emergencia que necesita cuando se encuentra temporalmente fuera de la red o del área de servicio del plan que es o fue recetado, recomendado o proporcionado actualmente por un proveedor de la red
- Servicios relacionados con el diagnóstico, el monitoreo y el tratamiento de una enfermedad o afección infrecuente

#### Notas:

A veces, los miembros necesitan ver a un tipo de médico muy especializado. Trabajaremos con su médico para asegurarnos de que disponga del Especialista o servicio cuando lo necesite, durante el tiempo que lo necesite, incluso si el proveedor no es actualmente un proveedor de la red. No hay ningún costo para usted cuando autorizamos la atención o el servicio antes de que consulte al proveedor.

### Medicamentos recetados

#### Servicios cubiertos:

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

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

50 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

### Servicios no cubiertos:

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

### Notas:

La lista de medicamentos cubiertos (Formulario) incluye los medicamentos recetados cubiertos por UnitedHealthcare. El plan selecciona los medicamentos de esta 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 Cargo 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 mediante nuestra herramienta de búsqueda en línea en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). También se publica una lista de medicamentos cubiertos (Formulario) en el sitio web. Asimismo, puede llamar al Servicio al Cliente y solicitar una copia por escrito de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario).

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 al Servicio al Cliente.

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 Medicamentos Recetados. 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 (Preferred/Non-Preferred, P/NP):** para algunos grupos de medicamentos, UnitedHealthcare requiere que usted pruebe los medicamentos preferidos antes de pagar aquellos no preferidos. Para recibir un medicamento no preferido, su médico o proveedor de atención médica deberá obtener autorización previa.

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

**¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al 1-888-269-5410, TTY 711, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 51

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

- **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 ocurra lo siguiente:
  1. El médico que emite la receta le informa a UnitedHealthcare por escrito que la versión de marca del medicamento es médicamente necesaria; O
  2. UnitedHealthcare prefiere la entrega de la versión de marca en lugar de la versión genérica del medicamento; O
  3. La ley de Minnesota exige la entrega de la versión de marca del medicamento

Puede comunicarse con el Servicio al Cliente o visitar nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para averiguar si su medicamento requiere autorización previa, tiene límites de cantidad, tiene estado preferido o no preferido, o tiene un requisito de edad. Es posible eliminar restricciones o límites de medicamentos si su médico presenta una declaración o documentación que respalde la solicitud. También puede comunicarse con el Servicio al Cliente o visitar nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) para obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos.

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

Cubriremos un medicamento que no pertenezca 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.

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 figura en nuestra lista de medicamentos aprobados. Haremos esto durante un máximo de un año si su proveedor certifica que el medicamento es lo mejor para usted y que se le ha tratado con el medicamento durante 90 días antes 1) de que elimináramos el medicamento de nuestra lista de medicamentos o 2) de que usted se inscribiera en el plan.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

52 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

### **Para la mayoría de los medicamentos, solo puede obtener un suministro de días limitados 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](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 considera que no funcionarán para usted, puede tomar una de las siguientes medidas:

- 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 medicamentos genéricos o de marca adecuado.

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

### **¿Hay alguna restricción en mi cobertura?**

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

- **Autorización previa:** UnitedHealthcare Community plan of Minnesota requiere que su médico obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted tendrá que obtener la aprobación de UnitedHealthcare Community plan of Minnesota antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es probable que UnitedHealthcare Community plan of Minnesota no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, UnitedHealthcare Community plan of Minnesota 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 recetado específico.

Puede consultar esta lista de medicamentos cubiertos para averiguar si su medicamento requiere autorización previa, tiene límites de cantidad o tiene un requisito de edad. Es posible hacer una excepción a una restricción o límite 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 si llama al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o visita nuestro sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). También consulte “¿Puedo solicitar una excepción a las restricciones de cobertura?”

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

- **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 sexual o eréctil
  - Medicamentos utilizados para mejorar la fertilidad
  - Medicamentos utilizados con fines cosméticos, incluidos los medicamentos para tratar la pérdida de cabello
  - Medicamentos excluidos de la cobertura por la ley federal o estatal
  - Medicamentos experimentales, medicamentos en fase de investigación o medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos
  - Cannabis medicinal

Si el personal de farmacia le dice que el medicamento no está cubierto y le solicita que pague, pídale que llame a su médico. No podremos devolverle el dinero si lo paga. Es posible que haya 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 al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, para solicitar ayuda.

Si el personal de la farmacia le informa que la farmacia está fuera de la red, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Las personas con enfermedades complejas o crónicas utilizan medicamentos especializados. Estos medicamentos a menudo requieren un manejo, suministro o monitoreo especial por parte de un farmacéutico especialmente capacitado. Si tiene preguntas sobre sus medicamentos especializados, llame al Servicio al Cliente al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación (ID) de miembro.

Si se le receta 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 una de las siguientes farmacias especializadas de UnitedHealthcare que se enumeran aquí.

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.

54 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite **myuhc.com/CommunityPlan**, llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

Si tiene Medicare, ya no será elegible para MinnesotaCare. Debe obtener la mayoría de sus medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Debe estar inscrito en un plan de Medicamentos Recetados de Medicare para obtener estos servicios. El plan no paga las recetas que estén cubiertas por el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare.

## Rehabilitación

### Servicios cubiertos:

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

### Servicios no cubiertos:

- Rehabilitación vocacional
- Gimnasios y espás

## Servicios comunitarios escolares (para miembros menores de 21 años)

Los servicios comunitarios escolares (school-based community services, SBCS) son ciertos servicios médicamente necesarios que los Programas de Atención de la Salud de Minnesota (Minnesota Health Care Programs, MHCP) reembolsarán cuando sean brindados a niños en la escuela por un proveedor de atención médica calificado empleado o contratado por la escuela. Las escuelas públicas de Minnesota podrán facturar estos servicios.

Los servicios comunitarios escolares son opcionales. No son servicios nuevos ni ampliados, sino que son parte del paquete de beneficios de asistencia médica (Medical Assistance, MA). Las escuelas tienen la opción de proporcionar estos servicios para ayudar a los estudiantes que no reciben servicios relacionados con la salud a través de un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP) o un plan de Servicios Familiares Individualizados (Individualized Family Service Plan, IFSP), o cuando los servicios no están identificados en el Programa de Educación Individualizada.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

### Servicios cubiertos:

- Servicios de rehabilitación
- Audiología
- Terapia ocupacional
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Fisioterapia
- Patologías del habla y del lenguaje
- Servicios de salud mental
- Servicios terapéuticos y apoyo para niños
- Evaluaciones de diagnóstico
- Explicación de los hallazgos
- Psicoeducación familiar
- Evaluación/Intervención de salud del comportamiento
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Pruebas psicológicas
- Psicoterapia
- Psicoterapia en casos de crisis

### Servicios no cubiertos:

- Asistencia para el cuidado personal
- Tecnología asistencial
- Centro de atención asistida
- 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.

## Second Harvest Heartland

Este es un beneficio disponible para cajas de alimentos mensuales. Todas las miembros embarazadas, en su 2.<sup>do</sup> o 3.<sup>er</sup> trimestre, pueden ser elegibles. Si tiene una afección crónica, también puede ser elegible. Si es elegible, un representante se comunicará con usted para explicarle el programa y preguntarle si desea participar.

### Servicios Cubiertos:

El plan proporcionará los siguientes servicios para un estilo de vida más saludable:

- Comidas adaptadas desde el punto de vista médico y cultural
- Un coordinador de participación local para el alcance mensual proactivo de los miembros

### Notas:

Los miembros pueden calificar para recibir hasta 6 meses o 12 meses de alimentos. Para obtener más información, también puede llamar al número de Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

## Servicios para Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD)

### Servicios cubiertos:

- Detección/evaluación/diagnóstico, incluidos servicios autorizados y evaluaciones integrales de referidos para tratamiento e intervención breve de detección (Screening Brief Intervention Referral to Treatment, SBIRT)
- Evaluaciones integrales
- Tratamiento para pacientes ambulatorios
- Hospital para pacientes hospitalizados
- Tratamiento residencial no hospitalario
- Tratamiento ambulatorio asistido con medicamentos
- Desintoxicación (solo cuando la hospitalización del paciente es médicamente necesaria debido a afecciones como resultado de una lesión o un accidente, o complicaciones médicas durante la desintoxicación)
- Coordinación del tratamiento de trastorno por consumo de sustancias
- Apoyo para la recuperación entre pares
- Gestión de abstinencia

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

### 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 profesional calificado que forma parte de la red del plan hará recomendaciones de servicios para trastornos por consumo de sustancias para usted. Puede elegir hasta el nivel más alto de atención recomendada por el profesional calificado. Puede recibir una evaluación adicional en cualquier punto de su atención si no está de acuerdo con los servicios recomendados. 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.

## Cirugía

### Servicios cubiertos:

- Visitas al consultorio o a la clínica y cirugía
- Eliminación de las manchas de nacimiento tipo “vino oporto”
- Cirugía reconstructiva (por ejemplo, tras 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 afirmación de género

### Servicios no cubiertos:

- Cirugía estética

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Servicios de Telesalud

### Servicios cubiertos:

Los servicios de telesalud cubren servicios y consultas médicamente necesarios proporcionados por un proveedor de atención médica autorizado que se lleven a cabo por teléfono o videollamada con el miembro. La ubicación del miembro puede ser su hogar. La telesalud se define como la prestación de servicios o consultas de atención de la salud mediante el uso de comunicaciones audiovisuales interactivas bidireccionales en tiempo real. El propósito de la telesalud es proporcionar o apoyar la prestación de atención médica y facilitar la evaluación, el diagnóstico, la consulta, la educación sobre el tratamiento y la gestión de la atención de la salud de un paciente mientras el paciente está en un centro de origen y el proveedor de atención médica autorizado está en un centro a distancia.

## Telemonitoreo

El telemonitoreo es el uso de tecnología para brindar atención y apoyo a las necesidades de salud complejas de un miembro desde una ubicación remota, como en el hogar del miembro. 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 de alto riesgo y médicamente complejas, como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o diabetes (cuando sea médicamente necesario o cuando se cumplan ciertos criterios)

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

### Dejar el Consumo de Tabaco y de Productos con Nicotina:

Los servicios para dejar de fumar y consumir productos con nicotina están cubiertos cuando los presta un profesional de la atención de la salud cuyo ámbito de práctica cubra la educación y el asesoramiento para dejar de fumar y consumir productos con nicotina.

Estos son algunos de los servicios para dejar de fumar y consumir productos con nicotina:

- Personal de salud mental
- Profesionales de salud mental.
- Especialistas en apoyo para pares en salud mental certificados
- Asesores sobre el consumo de alcohol y drogas
- Grupos de recuperación para pares
- Especialistas certificados en el tratamiento por consumo de tabaco
- Profesionales de salud de la comunidad
- Médicos
- Asistentes médicos
- Personal de enfermería de práctica avanzada u otros profesionales o paraprofesionales con o sin licencia con capacitación en la prestación de servicios de educación y asesoría para dejar el consumo de tabaco y de productos con nicotina

#### Notas:

Se puede acceder a los servicios de asesoría para dejar de fumar por teléfono de manera directa a través de los proveedores enumerados anteriormente o a través de la línea para dejar de fumar. Los servicios de la línea para dejar de fumar se pueden prestar solo a través de comunicaciones de audio. Para obtener más información, también puede llamar al número de Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

60 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

## Reembolso por Curación Tradicional:

Es un beneficio anual de hasta \$250 por cada miembro para cubrir la atención de curación tradicional.

### Servicios cubiertos:

El reembolso por curación tradicional cubre los servicios relacionados con los siguientes aspectos:

- Atención preventiva nativa tradicional
- Trabajo de curación o exploración de la identidad
- Los ejemplos de reembolsos incluyen bienes, servicios, materiales o suministros necesarios para realizar servicios de curación tradicional

### Notas:

No se puede reembolsar de manera directa al miembro que recibe los servicios y materiales por servicios debido a las leyes y normativas de Medicaid.

¿Quién puede recibir el reembolso?

- El proveedor de los servicios o su agencia o agencia tribal
- La persona, agencia o tribu que provee los materiales

Su proveedor, agencia o agencia tribal debe completar el formulario de reembolso y enviarlo por correo a la dirección indicada en el formulario. Asegúrese de que incluyan sus formularios W9 o I9 del proveedor y los recibos en un plazo de 90 días desde la fecha del servicio.

El formulario está publicado en el sitio web en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). También puede llamar a Servicios para Miembros y pedir que le envíen el formulario por correo postal o electrónico.

Si ya pago por los servicios, comuníquese con su proveedor, agencia o agencia tribal para recibir el reembolso una vez que se procese la solicitud. Para obtener más información, también puede llamar al número de Servicio al Cliente que figura en la Sección 1.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

**¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al 61 1-888-269-5410, TTY 711, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

# Trasplantes

### Servicios cubiertos:

- Trasplantes de órganos y tejidos, incluidos los siguientes: 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 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 aprobado por Medicare.

Los centros de trasplantes de células madre o médula ósea deben cumplir con los estándares establecidos por Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (FACT).

## Transporte Hacia y Desde Servicios Médicos

(cubierto para miembros en el conjunto de beneficios de MinnesotaCare Child [menores de 19 años] y para miembros embarazadas inscritas en MinnesotaCare)

### 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 de la camilla

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

### Servicios no cubiertos:

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

### Notas:

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

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

El seguir estas simples reglas le ayudará a obtener un traslado:

- Comuníquese por lo menos con dos días hábiles de anticipación
- Llame al 1-888-444-1519, TTY 711 para coordinar su traslado
- Si cancela la visita, llame al 1-888-444-1519 para cancelar el traslado
- Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro
- Los viajes son solo por motivos aprobados
- Conozca la dirección de su proveedor de atención médica, y la fecha y hora de la cita

## Atención de urgencia

### Servicios cubiertos:

- Atención de urgencia dentro del área de servicio del plan
- Atención de urgencia fuera del área de servicio del plan

### Servicios no cubiertos:

- Servicios de urgencia, 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 ni a una entidad fuera de los EE. UU.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

## Sección 7: Servicios Cubiertos

---

### Notas:

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

También puede llamar a NurseLine al 1-800-718-9066, TTY 711. NurseLine proporciona apoyo clínico las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Es bueno saber qué clínica de atención de urgencia dentro de la red está más cerca de usted. Puede encontrar una clínica de atención de urgencia en la herramienta de búsqueda Find-A-Doctor (Buscar a un médico) en **myuhc.com/CommunityPlan**. O puede comunicarse con el Servicio al Cliente.

Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 lo antes posible cuando reciba atención de urgencia fuera del área de servicio del plan.

---

\* Requiere o puede requerir autorización previa.

64 **¿Tiene alguna pregunta?** Visite **myuhc.com/CommunityPlan**, llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

# Sección 8:

## Servicios que no Cubrimos

---

Si usted accede a servicios o suministros no 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 al Servicio al Cliente.

- Autopsias (exámenes que se realizan en el cuerpo de personas que han fallecido para averiguar la causa del fallecimiento)
- Procedimientos o tratamientos cosméticos
- Servicios de emergencia, 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 ni a una entidad fuera de los EE. UU.
- Servicios experimentales o de investigación
- Servicios o suministros de atención de la salud que no sean médicamente necesarios
- Productos homeopáticos y a base de plantas medicinales
- Servicios incidentales para pacientes hospitalizados y en hogares para ancianos, como televisión, teléfono, servicios de barbería y belleza, y servicios para invitados
- 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 Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre estos servicios, Llame a Apoyo al Consumidor de Atención de la Salud de DHS al 651-297-3862 o al 800-657-3672 o al 711 (TTY), o utilice sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita.

- Servicios de aborto
- Administración de casos para miembros con discapacidades del desarrollo
- Administración de casos dirigidos para el bienestar infantil
- Servicios de capacitación diurna y habilitación
- Administración de casos de VIH
- Enfermería de atención domiciliaria (Home Care Nursing, HCN) (SOLO cubierta para miembros que cuentan con el conjunto de beneficios de MinnesotaCare Child)
- Centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo (ICF-DD)
- Capacitación laboral y servicios educativos
- Servicios médicamente necesarios especificados en un plan de Educación Individual (IEP) o plan de Servicios Familiares Individualizado (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 MinnesotaCare para obtener más información.
- Estadías en hogares para ancianos
- Los servicios y el apoyo de Community First (Community First Services and Supports, CFSS) de asistencia para el cuidado personal (Personal Care Assistance, PCA) reemplazarán los servicios de PCA, con aprobación federal (SOLO cubierto para miembros que cuentan con el conjunto de beneficios de MinnesotaCare Child)
- Coordinación de servicios comunitarios tras la detención

## **Sección 9: Servicios Que No Están Cubiertos por el Plan, pero que Pueden Estar Cubiertos a Través de Otra Fuente**

---

- Recetas cubiertas por el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare). Debe estar inscrito en un plan de Medicamentos Recetados de Medicare para obtener estos servicios. Usted no es elegible para permanecer inscrito en MinnesotaCare si tiene Medicare.
- Habitación y comida asociados con los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)
- Alojamiento y comida asociados con los servicios de tratamiento en los centros residenciales de tratamiento de salud mental para niños (Norma 5). Es posible que su condado cubra el alojamiento y la comida. 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 exigido por orden judicial en virtud de las condiciones especificadas por la ley
- Tratamiento en centros definidos según la Norma 36 que no están autorizados como servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)
- Exenciones para servicios domiciliarios y comunitarios

# Sección 10:

## Cuándo Llamar a MinnesotaCare

---

Llame a MinnesotaCare al 651-297-3862, 1-800-657-3672, TTY 711 o use sus servicios de retransmisión preferidos para informar estos cambios:

- Cambios en el nombre
- Cambios de dirección, lo que incluye mudarse fuera de Minnesota
- Fechas de inicio y finalización del embarazo
- Adición o pérdida de un miembro del hogar
- Pérdida 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 o adquiere otro seguro de salud o Medicare, ya no será elegible para MinnesotaCare. Asegúrese de informar a la oficina de MinnesotaCare sobre cualquier otro seguro de salud que le brinde cobertura a usted o a sus hijos.

Si tiene otro seguro, infórmenos antes de recibir atención. Le informaremos si debe acudir a 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 de automóviles independientemente de la responsabilidad
- Indemnización de los trabajadores
- Medicare
- Tricare
- Otra cobertura de una Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)
- Otro seguro comercial

Cuando se convierte en miembro del plan, usted acepta hacer lo siguiente:

- Permitirnos que le enviemos 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 tiene otros cambios de seguro, llame a la oficina de MinnesotaCare.

# Sección 12:

## Subrogación u Otra Reclamación

---

**Este primer párrafo se aplica a ciertos miembros no ciudadanos que cuentan con cualquier conjunto de beneficios de MinnesotaCare:**

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 exige que nos ayude a hacer esto. La reclamación puede recuperarse de cualquier acuerdo o sentencia recibida por usted de otra fuente. Esto es así 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 los miembros de los conjuntos de beneficios de MinnesotaCare Child y MinnesotaCare, excepto para ciertas personas no ciudadanas:**

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) solo pagan si no existe otra fuente de pago. Si tiene una reclamación contra otra fuente por lesiones, presentaremos una reclamación independiente por la atención médica que cubrimos para usted. Las leyes exigen que nos ayude a hacer esto. La reclamación puede recuperarse 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 Formales, Apelaciones y Apelaciones Estatales (Audiencia Imparcial Ante el Estado)

---

Esta sección le informa sobre el sistema de quejas formales y apelaciones, incluidos avisos, quejas formales (quejas), apelaciones al plan de salud y apelaciones estatales (audiencias imparciales ante el estado). Le informa cómo y cuándo usar el sistema de quejas formales y apelaciones si no está conforme con su atención de la salud o servicio, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos. Le informa sobre sus derechos al utilizar el sistema de quejas formales y apelaciones.

Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 si tiene preguntas o desea recibir ayuda para presentar una queja formal o apelación.

### Términos del sistema de quejas formales y apelaciones que debe conocer

**La queja formal** se produce cuando usted no está conforme con los servicios que ha recibido y esta puede incluir cualquiera de los siguientes aspectos:

- Calidad de la atención o los servicios proporcionados
- Incumplimiento de sus derechos
- Descortesía de un proveedor o empleado del plan de salud
- Retraso en el tratamiento o el referido adecuados
- Incumplimiento de los plazos requeridos para quejas formales y apelaciones

**La denegación, finalización o reducción (Denial, Termination or Reduction, DTR) (Aviso de Medida)** constituye un formulario o una 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 ante el estado) si no está de acuerdo con nuestra decisión.

## Sección 13: Proceso de Quejas Formales, Apelaciones y Apelaciones Estatales (Audiencia Imparcial Ante el Estado)

---

**La apelación al plan de salud** es su solicitud para que revisemos una decisión que tomamos. Puede solicitar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión en cualquiera de las siguientes medidas (decisiones):

- La denegación o autorización limitada del tipo o nivel de servicio solicitado por su proveedor
- La reducción, suspensión o interrupción de un servicio que se aprobó previamente
- La denegación de la totalidad o parte del pago de un servicio
- La ausencia de prestación de servicios (incluido el transporte) en un plazo razonable
- La denegación de la solicitud de un miembro para obtener servicios fuera de la red para miembros que viven en un área rural con un solo plan de salud
- La falta de respuesta a su queja formal o apelación en los plazos requeridos
- La denegación de su solicitud para disputar su responsabilidad financiera, incluidos copagos y otros costos compartidos

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

**La apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado)** consiste en su solicitud para que el estado revise una decisión que tomamos. Debe apelar ante UnitedHealthcare antes de solicitar una apelación estatal. Si nos tomamos más de 30 días para tomar una decisión sobre su apelación y usted no ha solicitado una extensión ni tampoco la hemos agregado nosotros, no es necesario que espere nuestra decisión para solicitar una apelación estatal. Puede apelar cualquiera de estas medidas (decisiones):

- La denegación o autorización limitada del tipo o nivel de servicio
- La reducción, suspensión o interrupción de un servicio que se aprobó previamente
- La denegación de la totalidad o parte del pago de un servicio
- La ausencia 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 medida

## **Plazos importantes para las apelaciones**

Debe seguir los plazos para presentar apelaciones al plan de salud y Apelaciones Estatales (Audiencias Imparciales ante 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 los 60 días** a partir de la fecha de la carta de denegación, finalización o reducción (aviso de medida). Podemos otorgarle más tiempo si tiene una razón válida para no cumplir el plazo. Debe presentar la apelación ante nosotros **con anterioridad** a solicitar una apelación estatal. Si nos tomamos más de 30 días para tomar una decisión sobre su apelación y usted no ha solicitado una extensión ni tampoco la hemos agregado nosotros, puede solicitar una apelación estatal sin esperarnos.

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

Si suspendemos o reducimos un servicio, puede seguir recibiendo el servicio 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 política estatal lo permite.

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

Para el Programa de Beneficiarios Restringidos, el 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.

## Sección 13: Proceso de Quejas Formales, Apelaciones y Apelaciones Estatales (Audiencia Imparcial Ante el Estado)

---

### Para presentar una apelación verbal o escrita 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 Formales”.

Puede enviar cualquier documento y proporcionar información en persona, por teléfono o por escrito. Se mantendrá la privacidad de sus registros de acuerdo con la ley. Recibirá una carta de parte nuestra en la que confirmamos que hemos recibido su solicitud de apelación.

Su solicitud de apelación debe incluir:

- Su nombre
- Fecha de nacimiento
- Dirección
- Número de miembro
- Número de teléfono
- Motivos de la Apelación

También puede incluir cualquier información que desee que revisemos, como registros médicos, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el artículo o servicio. Llame a su médico si necesita esta información. Recomendamos guardar una copia de todo lo que nos envíe para sus registros.

Las apelaciones rápidas son para servicios de urgencia. Si estamos de acuerdo en que es urgente, le daremos una decisión dentro de las 72 horas. Intentaremos llamarle para informarle la decisión antes de enviársela por escrito.

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 explicaremos por qué necesitamos más tiempo.

Si su apelación no es urgente, le informaremos en un plazo de 10 días que la recibimos. Le daremos una decisión por escrito en un plazo de 30 días. Podemos tomarnos hasta 14 días adicionales si necesitamos más información y es lo mejor para usted o si solicita tiempo adicional. Le informaremos que necesitamos más tiempo y el motivo.

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

Si decidimos una apelación sobre un servicio que se denegó porque no era médicamente necesario, la decisión la tomará 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, le enviaremos a usted o a su representante el expediente del caso a solicitud, incluidos los registros médicos y cualquier otro documento y registro que consideremos durante el proceso de apelación.

## Sección 13: Proceso de Quejas Formales, Apelaciones y Apelaciones Estatales (Audiencia Imparcial Ante el Estado)

---

### Para presentar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial ante el estado) ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota:

Debe presentar la apelación al plan de salud ante nosotros con anterioridad a 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 al 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 apelación en línea en: <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG>

O bien, envíela por fax al: 651-431-7523

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

Un juez de servicios humanos de la Oficina de Apelaciones Estatales llevará a cabo una audiencia. Puede solicitar asistir a la audiencia por teléfono, 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 a la Defensoría cuando les llame o 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 actúa de forma independiente en relación con el estado y UnitedHealthcare. El estado pagará por esta revisión. No tiene costo para usted.

Si no está de acuerdo con la decisión del juez de servicios humanos, puede solicitarle al estado que vuelva a considerar la 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 enumera anteriormente en esta sección.

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

## Sección 13: Proceso de Quejas Formales, Apelaciones y Apelaciones Estatales (Audiencia Imparcial Ante el Estado)

---

### Quejas formales (quejas)

Puede presentar una queja formal ante nosotros en cualquier momento. No hay un plazo para presentar una queja formal ante nosotros.

Para presentar una queja formal de forma verbal ante nosotros: Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 y cuéntenos sobre el problema.

Le daremos una decisión en un plazo de 10 días. Podemos tomarnos hasta 14 días más para tomar una decisión si necesitamos más información y esto será lo mejor para usted o si usted o su proveedor solicitan tiempo adicional. En un plazo de 10 días, le informaremos que necesitamos más tiempo y los motivos.

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

### Para presentar una queja formal por escrito ante nosotros haga lo siguiente:

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

Podemos ayudarle a presentar la queja formal por escrito. Llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en la Sección 1 si necesita ayuda.

Le informaremos que recibimos su queja formal por escrito 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 el motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar su queja formal 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 (esta llamada es gratuita) o 651-201-5100, TTY 711, o use sus servicios de retransmisión preferidos

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

## Sección 13: Proceso de Quejas Formales, Apelaciones y Apelaciones Estatales (Audiencia Imparcial Ante el Estado)

---

También puede llamar a la Defensoría para Programas Públicos de Atención de la Salud Administrada para obtener ayuda. La información de contacto se enumera debajo de esta sección.

### **Información importante sobre sus derechos al presentar una queja formal, apelación o solicitar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial ante el estado):**

Si decide presentar una queja formal 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 formal, apelación o apelación estatal.

No hay ningún costo para usted por presentar una apelación al plan de salud, una queja formal 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 desea copias, nosotros o su proveedor debemos proporcionárselos sin costo alguno. Si usted lo solicita, debemos proporcionarle una copia de la guía que utilizamos para tomar nuestra decisión, sin costo alguno para usted. Es posible que deba presentar su solicitud por escrito.

Si necesita ayuda con la queja formal, apelación o apelación estatal, puede llamar o escribir a la Defensoría para Programas Públicos de Atención de la Salud Administrada. Es posible que puedan ayudarle con problemas de acceso, servicio o facturación. También pueden ayudarle a presentar una queja formal o apelación ante nosotros, o solicitar una apelación estatal.

Llame al: 651-431-2660  
1-800-657-3729 o TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. 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: Ombudsperson for Public Managed Health Care Programs  
P.O. Box 64249  
St. Paul, MN 55164-0249

Envíe un 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:

- La denegación o autorización limitada del tipo o nivel de servicio
- La reducción, suspensión o interrupción de un servicio que se aprobó previamente
- La denegación de la totalidad o parte del pago de un servicio
- La ausencia de prestación de servicios en un plazo razonable
- Incumplimiento de los plazos requeridos para quejas formales y apelaciones
- La denegación de la solicitud de un miembro para obtener servicios fuera de la red para miembros que viven en un área rural con un solo plan de salud

**Adulto:** los miembros de MinnesotaCare mayores de 21 años se consideran adultos para los servicios de salud cubiertos y los costos compartidos. Los miembros de MinnesotaCare de 19 y 20 años se consideran adultos para los servicios de salud cubiertos, y algunas adiciones se indican en la Sección 7.

**Anestesia:** medicamento que le hace quedarse dormido para una operación.

**Apelación:** una forma de cuestionar nuestra medida si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura si presenta una apelación escrita o verbal.

**Niño:** los miembros de MinnesotaCare de 18 años o menos se consideran niños para los servicios de salud cubiertos y los costos compartidos con algunas adiciones que se indican en la Sección 7. Los miembros de MinnesotaCare de 19 y 20 años se consideran niños para los costos compartidos.

**Chequeo para Niños y Adolescentes (C&TC):** programa especial de atención de la salud de visitas del niño sano para miembros menores de 21 años. Incluye pruebas de detección 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.

**Copago:** monto fijo que es posible que pague como su parte del costo cada vez que recibe ciertos servicios, suministros o medicamentos recetados. Los copagos generalmente se pagan en el momento en que se proporcionan los servicios, suministros o medicamentos recetados. Por ejemplo, podría pagar de \$10 a \$25 por medicamentos recetados o \$28 por servicios, etc.

**Costo Compartido:** montos que es posible que deba pagar por los 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.

**Aptitud 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 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 Medida):** formulario o carta que le enviamos para informarle sobre una decisión sobre una reclamación, servicio o cualquier otra medida tomada por nosotros.

**Servicios de Acceso Directo:** puede usar cualquier proveedor en la red del plan para obtener estos servicios. No necesita un referido o una autorización previa de su proveedor de atención primaria o clínica de atención primaria (Primary Care Clinic, PCC) antes de recibir los servicios.

**Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME):** ciertos equipos médicos que su médico solicita para su uso 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 o 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.

## Sección 14: Definiciones

---

**Servicios Excluidos:** servicios que el plan no paga. La asistencia médica (Medicaid) tampoco pagará 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.

**Planificación Familiar:** información, servicios y suministros que ayudan a una persona a tomar una decisión acerca de tener hijos. Estas decisiones incluyen elegir tener un hijo, cuándo tenerlo o no tenerlo.

**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 cual le paga al proveedor los servicios médicos. Este método se utiliza cuando usted es elegible para los MHCP, pero no está inscrito en un plan de salud.

**Formulario:** lista de medicamentos cubiertos por el plan.

**Queja Formal:** queja que usted realiza sobre nosotros o uno de los proveedores o las 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.

**Centro para Pacientes 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 para pacientes terminales.

**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 él.

**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.

**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 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 recetados que otros proveedores generalmente solicitarían
- Ayudarle 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 Medicamentos Recetados de Medicare:** un plan de seguro que ofrece beneficios de medicamentos del Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare).

**Programa de Medicamentos Recetados de Medicare:** beneficio de medicamentos recetados 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 Recetados 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. A su vez, le da a conocer sus derechos y responsabilidades. También le comunica 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 acudir a los proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan o proveedores participantes.

## Sección 14: Definiciones

---

**Defensoría para Programas Públicos de Atención de la Salud Administrada:** persona del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota que puede ayudarle con problemas de acceso, servicio o facturación. La Defensoría también puede ayudarle a presentar una queja formal o apelación, o bien, solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial ante el estado).

**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 encuentran 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 que un proveedor fuera de la red le brinda a un miembro fuera del área de servicio del plan.

**Proveedor Fuera de la Red o Centro Fuera de la Red:** proveedor o centro que no está contratado por nuestro plan, ni es de propiedad de nuestro plan u 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 que un proveedor que no forma parte de la red del plan le brinda a un miembro.

**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 es posible que afecte otros servicios que pueda necesitar.

**Servicios Médicos:** servicios proporcionados por una persona autorizada en virtud de la ley estatal para ejercer la medicina o la osteopatía. Servicios de atención de la salud que un médico autorizado (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]) proporcione o coordine.

**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 ayudarle.

**Atención 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 recibe el alta hospitalaria; nuestro médico de la red del plan comienza la atención; o nosotros, el hospital y el médico llegamos a un acuerdo diferente.

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

**Medicamentos Recetados:** medicamentos y fármacos solicitados por un proveedor médico.

**Cobertura de Medicamentos Recetados:** plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados. Consulte también “Programa de Medicamentos Recetados de Medicare”.

**Servicios Preventivos:** servicios que le ayudan a mantenerse saludable, como exámenes físicos de rutina, vacunas y atención de personas sanas. 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:** la clínica de atención primaria (PCC) que elija 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 que usted consulta en su clínica de atención primaria. Esta persona administrará su atención de la salud.

**Autorización Previa:** nuestra aprobación que se necesita para algunos servicios antes de que usted los reciba. Esto también se conoce como autorización de servicio.

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

**Queja sobre la Calidad de la Atención:** a los fines de este manual, significa una insatisfacción expresa con respecto a los servicios de atención de la salud que ocasionan un daño potencial o real a un miembro. Las quejas sobre la calidad de la atención pueden incluir lo siguiente: acceso; competencia del proveedor y del personal; idoneidad clínica de la atención; comunicaciones; comportamiento; consideraciones ambientales y de centros; y otros factores que podrían afectar la calidad de los servicios de atención de la salud.

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

**Servicios y Dispositivos de Rehabilitación:** tratamiento y equipo que obtiene para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante.

**Programa de Beneficiarios Restringidos (RRP):** programa para miembros que han recibido atención médica y no han seguido las reglas o han utilizado indebidamente los servicios. Si se le incluye en este programa, debe recibir servicios de salud de un proveedor de atención primaria designado. Debe hacerlo durante al menos 24 meses de elegibilidad para los MHCP. Los miembros de este programa que no cumplan con las reglas del programa deberán continuar en el programa durante 36 meses adicionales.

**Segunda Opinión:** si no está de acuerdo con una opinión que recibe de un proveedor de la red del plan, tiene derecho a obtener una opinión de otro proveedor. Pagaremos esta consulta. Para los servicios de salud mental, la segunda opinión puede ser de un proveedor fuera de la red. Para los servicios para 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 tenemos que aceptar una para el trastorno por consumo de sustancias o los servicios de salud mental.

## Sección 14: Definiciones

---

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

**Autorización de Servicio:** nuestra aprobación que se necesita 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 pueden proporcionar enfermeros con licencia.

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

**Autorización Permanente:** consentimiento por escrito de nuestra parte para usar un especialista fuera de la red más de una vez (para atención continua).

**Apelación Estatal (Audiencia Imparcial ante el Estado):** audiencia en el estado para revisar una decisión tomada por nosotros. Debe 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 alguna de las siguientes medidas:

- 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 medida

**Subrogación:** nuestro derecho a cobrarle a otra persona, grupo o compañía de seguros dinero a su nombre. 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 District of Columbia, el Commonwealth of Puerto Rico, las Virgin Islands, Guam, American Samoa y las Northern Mariana Islands.

**Atención por Necesidad de Urgencia:** atención que usted obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentinas que no es una emergencia, pero que necesita atención inmediata. Esto también se conoce como atención de urgencia.

# Sección 15:

## Información Adicional

---

Puede obtener información sobre los médicos de la red en [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan) o llamando al Servicio al Cliente.

Podemos brindarle la siguiente información:

1. Nombre, dirección, número de teléfono
2. Calificaciones profesionales
3. Especialidad
4. Certificaciones 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
8. Información sobre nuestra compañía y nuestros servicios
9. Información sobre sus derechos y responsabilidades

## Procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos nuevos

El Comité de Evaluación Tecnológica de UnitedHealthcare Community plan examina las solicitudes de cobertura para procedimientos médicos, dispositivos o medicamentos nuevos. Este grupo incluye médicos y otros expertos en atención de la salud. El equipo 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

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Por ley, nosotros<sup>1</sup> debemos proteger la privacidad de su información médica (health information, HI). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

## **Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información**

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

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

## **Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información médica para ciertos propósitos.**

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

- **Para Recibir un Pago.** Podemos recopilar, usar o compartir su información médica para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para Tratamiento o Administración de la Atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica con sus Proveedores para ayudar con su atención.
- **Para Operaciones de Atención de la Salud.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para Proveerle Información acerca de Programas o Productos Relacionados con la Salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Podemos proporcionar información acerca de inscripciones, cancelaciones de inscripciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.

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

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

- **Según Sea Requerido por Ley.**
- **A las Personas que Participan en su Atención.** Puede ser un familiar en una emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para Reportar Víctimas de Abuso, Abandono o Violencia Doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para Hacer Cumplir la Ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para Evitar Amenazas a la Salud o a la Seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las Funciones del Gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para Indemnización de los Trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Para estudiar enfermedades o discapacidades.
- **Para Proporcionar Información acerca de Defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de fallecimiento o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para Trasplantes de Órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las Instituciones Penitenciarias o de Aplicación de la Ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para Nuestros Socios Comerciales** en caso de que sea necesario para que le brinden sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.

**¿Tiene alguna pregunta?** Visite [myuhc.com/CommunityPlan](http://myuhc.com/CommunityPlan), llame al Servicio al Cliente al 1-888-269-5410, TTY 711, o use sus servicios de retransmisión preferidos. Esta llamada es gratuita. 87

- 
- **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. VIH/SIDA
7. Salud mental
8. Información de menores
9. Medicamentos recetados
10. Salud reproductiva
11. Enfermedades de transmisión sexual

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

## Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

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

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

### Cómo usar sus derechos

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

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

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

---

# Aviso de Privacidad de la Información Financiera

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Nosotros<sup>2</sup> protegemos su “información financiera” (personal financial information, “FI”) personal. La información financiera es información no médica. Le identifica y no está generalmente disponible al público.

## Información que recopilamos

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

## Divulgación de información financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

## Confidencialidad y seguridad

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

---

## Preguntas sobre este aviso

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

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



# Estamos aquí para usted

---

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame al Servicio al Cliente al **1-888-269-5410**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web en **[myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)**.

## **UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota MinnesotaCare**

### **Servicio al Cliente:**

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

**United  
Healthcare  
Community Plan**







