



Guía para Miembros 2024

UnitedHealthcare Connected® for One Care (Plan Medicare-Medicaid)



Número gratuito **1-866-633-4454**, TTY **711**

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



es.UHCCommunityPlan.com

es.myuhc.com/communityplan

United
Healthcare®
Community Plan

One Care

MassHealth+Medicare
Bringing your care together

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Guía para Miembros

Su Cobertura de Salud y de Medicamentos del Plan Medicare-Medicaid UnitedHealthcare Connected® for One Care

Introducción a la Guía para Miembros

Esta guía describe su cobertura de UnitedHealthcare Connected for One Care hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios para el cuidado de la salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos con receta y los apoyos y servicios a largo plazo. Los apoyos y servicios a largo plazo proporcionan el cuidado que usted necesite en el hogar o en la comunidad, y pueden reducir sus probabilidades de ir a un centro de enfermería o un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.



Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

UnitedHealthcare Connected for One Care (Plan Medicare-Medicaid) es ofrecido por UnitedHealthcare Insurance Company. Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro(s)” o “nuestra(s)” en esta **Guía para Miembros**, se refieren a UnitedHealthcare Insurance Company. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a UnitedHealthcare Connected for One Care.

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-633-4454**, TTY **711**, 8 a.m.–8 p.m. local time, 7 days a week. The call is free.

Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, formatos compatibles con tecnología de lectores de pantalla, braille o en audio. Llame al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que anotemos en nuestro sistema que desea recibir los materiales en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Exenciones de Responsabilidad

- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra. Notificaremos los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de anticipación.
- UnitedHealthcare Connected® for One Care (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.
- La cobertura de UnitedHealthcare Connected for One Care es una cobertura de salud que califica, llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.
- Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los nuevos medicamentos con receta que OptumRx envía deberían llegar en un plazo no mayor de diez días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el pedido completo, y los pedidos de resurtidos deberían llegar dentro de unos siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al **1-877-266-4832**, TTY **711**. OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company.
- Si usted desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual “Medicare y Usted” actual. Véalo por Internet en es.medicare.gov o pida una copia por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- El servicio de NurseLine no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. En situaciones de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. La información proporcionada a través de este servicio es para su conocimiento solamente. El personal de enfermería no puede diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos; tampoco sustituye el cuidado que le proporciona su médico. La confidencialidad de su información de salud se mantiene según la ley. El acceso a este servicio está sujeto a las condiciones de uso.
- Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare Connected for One Care, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Servicio al Cliente o consulte su **Guía para Miembros** para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.
- Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para entender lo siguiente:
 - La prima de su plan y su costo compartido;
 - Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
 - Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y,
 - Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.
- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionadas con la salud.
 - Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
 - ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al **1-866-633-4454**, TTY **711** de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
 - ATENÇÃO: Se você fala português, estão à sua disposição serviços de assistência linguística, gratuitos. Ligue para **1-866-633-4454**, TTY **711** das 8h00 às 20h, 7 dias por semana.

Guía para Miembros 2024

Índice

Capítulo 1	Información básica para el miembro	6
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos importantes.....	17
Capítulo 3	Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos	28
Capítulo 4	Tabla de beneficios.....	51
Capítulo 5	Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan	92
Capítulo 6	Lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.....	112
Capítulo 7	Cómo pedirnos que paguemos servicios.....	117
Capítulo 8	Sus derechos y responsabilidades	122
Capítulo 9	Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	145
Capítulo 10	Cómo terminar su membresía en UnitedHealthcare Connected for One Care	197
Capítulo 11	Avisos legales	206
Capítulo 12	Definiciones de palabras importantes	214

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre UnitedHealthcare Connected for One Care, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y del programa MassHealth, y sobre su membresía en dicho plan. También le explica qué esperar y qué otra información obtendrá de parte de UnitedHealthcare Connected for One Care. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Bienvenido a UnitedHealthcare Connected for One Care	7
Sección B	Información sobre Medicare y el programa MassHealth	8
	Sección B1 Medicare	8
	Sección B2 Programa MassHealth.....	8
Sección C	Ventajas del Plan One Care	8
Sección D	Área de servicio de UnitedHealthcare Connected for One Care	10
Sección E	Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan	10
Sección F	Qué puede esperar cuando se inscriba por primera vez en un plan de salud....	10
Sección G	Su Plan de Cuidado Individualizado (ICP)	11
Sección H	Prima mensual del plan UnitedHealthcare Connected for One Care	12
Sección I	La Guía para Miembros	12
Sección J	Otra información importante que le enviaremos	13
	Sección J1 Su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care	13
	Sección J2 Directorio de Proveedores y Farmacias	13
	Sección J3 Lista de Medicamentos Cubiertos	14
	Sección J4 La Explicación de Beneficios	15
Sección K	Cómo mantener actualizado su registro de membresía	15
	Sección K1 Privacidad de la información de salud personal (PHI)	16

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A Bienvenido a UnitedHealthcare Connected for One Care

UnitedHealthcare Connected for One Care es un plan One Care que incluye el programa MassHealth más Medicare. Un plan One Care está integrado por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de Apoyos y Servicios a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), proveedores de servicios de salud mental, proveedores de servicios para trastornos por consumo de sustancias, organizaciones en la comunidad que pueden ayudarle con necesidades sociales relacionadas con la salud y otros proveedores de cuidado de la salud. En un plan One Care, un Coordinador del Cuidado de la Salud colaborará con usted para desarrollar un plan que satisfaga sus necesidades específicas de salud. Un Coordinador del Cuidado de la Salud también le ayudará a administrar la totalidad de sus proveedores, servicios y apoyos. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

UnitedHealthcare Connected for One Care fue aprobado por Commonwealth of Massachusetts y por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para prestarle servicios como parte de One Care.

One Care es un programa administrado por Massachusetts y el gobierno federal para proporcionar un mejor cuidado de la salud a las personas que tienen tanto Medicare como el programa MassHealth (Medicaid). Este programa piloto le permite al estado y al gobierno federal probar nuevas maneras de mejorar la forma en que usted recibe sus servicios para el cuidado de la salud de Medicare y del programa MassHealth.

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan. Esperamos trabajar con usted para alcanzar sus metas de tener un cuidado excelente, los servicios necesarios y una alta calidad de vida. Usted eligió una compañía de cuidado de la salud en la que puede confiar. En UnitedHealthcare, nuestra misión es ayudar a las personas a llevar vidas más saludables y a que el sistema de salud funcione mejor para todos. Más personas eligen UnitedHealthcare para su cobertura de Medicare que cualquier otra compañía. Hace más de 40 años que prestamos servicios a beneficiarios de Medicare y Medicaid – por lo que usted sabe que estaremos a su disposición cuando usted nos necesite. Con UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene acceso a una amplia red de médicos, hospitales, farmacias, proveedores de Apoyos y Servicios a Largo Plazo y otros especialistas. Un Coordinador del Cuidado de la Salud y nuestro Servicio al Cliente le apoyarán con conversaciones e información en el método y el idioma que usted prefiera.

Esta guía le orientará en la gama completa de servicios para el cuidado de la salud disponibles para usted. Deseamos asegurarnos de que usted tenga un buen comienzo como miembro nuevo. Esta guía le ayudará a obtener más información sobre su plan y a usar sus beneficios. Léala detenidamente y llámenos si tiene alguna pregunta.

Para conocerle mejor, nos pondremos en contacto con usted en el transcurso de las primeras semanas después de su fecha de inicio. Puede hacernos cualquier pregunta que tenga o recibir ayuda para hacer citas. Si necesita hablar con nosotros antes de que le llamemos, simplemente llámenos al **1-866-633-4454**, TTY **711**.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección B Información sobre Medicare y el programa MassHealth

Sección B1 Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades;
- personas mayores de 65 años; **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

Sección B2 Programa MassHealth

MassHealth es el nombre del programa Massachusetts Medicaid. El programa MassHealth es administrado por el gobierno federal y el estado. El programa MassHealth ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo. También cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado tiene su propio programa de Medicaid. Eso significa que cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién califica para Medicaid en ese estado,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- cuánto cuestan esos servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus propios programas de Medicaid, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y Massachusetts (el programa MassHealth) deben aprobar UnitedHealthcare Connected for One Care cada año. Usted puede recibir los servicios de Medicare y del programa MassHealth a través de nuestro plan siempre y cuando:

- cumpla los requisitos para participar en One Care;
- ofrezcamos el plan en su condado; **y**
- Medicare y Massachusetts aprueben el plan.

Aunque nuestro plan deje de operar, los requisitos que debe cumplir para recibir los servicios de Medicare y del programa MassHealth no se verán afectados.

Sección C Ventajas del Plan One Care

Ahora usted recibirá todos sus servicios cubiertos por Medicare y por el programa MassHealth a través de UnitedHealthcare Connected for One Care, incluidos los medicamentos con receta.

No tiene que pagar ningún cargo adicional por inscribirse en este plan de salud.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

UnitedHealthcare Connected for One Care ayudará a que sus beneficios de Medicare y del programa MassHealth funcionen mejor juntos y mejor para usted. Las siguientes son algunas de las ventajas de tener UnitedHealthcare Connected for One Care como su plan de salud.

- Usted podrá manejarse con **un solo** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Tendrá un Equipo de Cuidado Interdisciplinario (también conocido como Equipo de Cuidado de la Salud) integrado por las personas que usted elija. Un Equipo de Cuidado de la Salud es un grupo de personas que llegarán a conocer sus necesidades y colaborarán con usted para ayudarle a crear y llevar a cabo un Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, ICP). Su Equipo de Cuidado de la Salud hablará con usted sobre los servicios que son adecuados para usted.
- Usted tendrá un Coordinador del Cuidado de la Salud que colaborará con usted, con el plan de salud y con su Equipo de Cuidado de la Salud para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.
- También puede elegir tener un Coordinador de Apoyos a Largo Plazo (Long-Term Supports, LTS). Los apoyos y servicios a largo plazo son para las personas que necesitan ayuda para hacer tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos.
- Un Coordinador de Apoyos a Largo Plazo le ayudará a buscar y recibir los Apoyos y Servicios a Largo Plazo u otros servicios en la comunidad o para la salud del comportamiento adecuados.
 - Tanto el Coordinador del Cuidado de la Salud como el Coordinador de Apoyos a Largo Plazo trabajan con su Equipo de Cuidado de la Salud para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.
- Usted podrá tomar el control de su propio cuidado con la ayuda de su Equipo de Cuidado de la Salud y de su Coordinador del Cuidado de la Salud.
- El Equipo de Cuidado de la Salud y el Coordinador del Cuidado de la Salud colaborarán con usted para elaborar un Plan de Cuidado Individualizado (ICP) diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud. Le ayudarán a recibir los servicios adecuados y a organizar su cuidado. El Equipo de Cuidado de la Salud estará a cargo de administrar los servicios que usted necesite. Por ejemplo:
 - Su Equipo de Cuidado de la Salud se asegurará de que sus médicos sepan todos los medicamentos que usted toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario.
 - Su Equipo de Cuidado de la Salud se asegurará de que todos sus médicos y otros proveedores reciban los resultados de sus pruebas.
 - Su Equipo de Cuidado de la Salud le ayudará a obtener citas con médicos y otros proveedores que pueden ayudarle con cualquier adaptación que usted necesite debido a una discapacidad.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D **Área de servicio de UnitedHealthcare Connected for One Care**

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Massachusetts: Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.

UnitedHealthcare Connected for One Care es solamente para las personas que viven en nuestra área de servicio.

Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir en este plan. Para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio, consulte el Capítulo 8.

Sección E **Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan**

Usted cumple los requisitos de nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aunque se encuentren físicamente en ella); **y**
- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare y cumpla los requisitos de la Parte D; **y**
- cumpla los requisitos de MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth, y tenga entre 21 y 64 años para inscribirse inicialmente; **y**
- sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos; **y**
- no esté inscrito en un programa de exención de Servicios a Domicilio y en la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) del programa MassHealth; **y**
- no tenga ningún otro seguro de salud.

Sección F **Qué puede esperar cuando se inscriba por primera vez en un plan de salud**

Si es nuevo en UnitedHealthcare Connected for One Care, puede seguir usando sus médicos y recibiendo sus servicios actuales durante 90 días o hasta que se realice su evaluación completa y su Plan de Cuidado Individualizado (ICP). Esto se llama período de Continuidad del Cuidado de la Salud. Si usted está tomando algún medicamento con receta de la Parte D de Medicare cuando se inscribe en nuestro plan, puede obtener un suministro temporal. Si es necesario, le ayudaremos a hacer la transición a otro medicamento.

En los primeros 90 días a partir de su inscripción en el plan, usted recibirá una evaluación completa en persona. Después de la evaluación, usted y su Equipo de Cuidado de la Salud trabajarán juntos para desarrollar su Plan de Cuidado Individualizado.

En esta sección, proporcionamos más información sobre el proceso para la evaluación de salud y el Plan de Cuidado Individualizado (ICP). Al principio de esos primeros 90 días a partir de su inscripción, usted recibirá una llamada de nuestro Representante de UnitedHealthcare Connected

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

for One Care para darle la bienvenida a nuestro plan. Una vez que se confirme su información, nuestro personal clínico también se comunicará con usted para realizar una evaluación completa de salud. Usted, su familiar o cualquier otra persona que nombre para participar en su cuidado se reunirán con nuestro representante en el lugar que usted elija para revisar su historial y salud, de manera que podamos colaborar con usted para planificar sus metas de salud y necesidades de servicios. La evaluación incluirá:

- Una evaluación médica de su estado de salud, incluidas sus necesidades inmediatas y servicios actuales, sus condiciones de salud, sus medicamentos y su historial médico que contenga su estado funcional y bienestar físico
- Información social y de estilo de vida, incluidos los requisitos de accesibilidad, las necesidades de equipos y las consideraciones ambientales
- Una evaluación de su necesidad de apoyos y servicios para el cuidado a largo plazo, incluida una evaluación de sus necesidades para ayudarlo a vivir de manera independiente o segura en la comunidad, y para ayudarlo a entender qué opciones de apoyos y servicios a largo plazo podrían ser mejores para usted
- Preferencias y metas
- Y otros temas según lo que conversemos con usted y entre nosotros

Si usted usa o necesita apoyos y servicios a largo plazo en la comunidad (tales como habilitación diurna, cuidado tutelar de adultos o asistencia para el cuidado personal), puede elegir un Coordinador de Apoyos a Largo Plazo (LTS) para que se reúna con usted y le ayude a evaluar sus necesidades de salud y bienestar. El Coordinador de Apoyos a Largo Plazo formará parte de su Equipo de Cuidado de la Salud, le proporcionará información sobre los diferentes tipos de servicios disponibles y le ayudará a encontrar los mejores programas y servicios a largo plazo para usted.

Una vez realizada su evaluación, usted y, si lo desea, su familia u otro representante designado, y su Equipo de Cuidado de la Salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado (ICP) que satisfaga sus necesidades de salud y apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe actualmente pueden cambiar.

Después de los primeros 90 días, tendrá que usar los médicos y demás proveedores dentro de la red de UnitedHealthcare Connected for One Care. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información sobre cómo recibir cuidado de redes de proveedores, consulte el Capítulo 3.

Sección G Su Plan de Cuidado Individualizado (ICP)

Después de su evaluación completa, su Equipo de Cuidado de la Salud se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesite y desee. Juntos, usted y su Equipo de Cuidado de la Salud, crearán su Plan de Cuidado Individualizado (ICP).

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Su Plan de Cuidado Individualizado indica los servicios que usted recibirá y la forma en que los recibirá. Incluye los servicios que usted necesita para el cuidado de su salud física y del comportamiento, y sus apoyos y servicios a largo plazo. Los proveedores que usted usa y los medicamentos que toma formarán parte de su Plan de Cuidado Individualizado. Usted podrá indicar sus metas de salud, de vida independiente y de recuperación, así como cualquier inquietud que pueda tener y los pasos necesarios para tratarlas.

Su plan One Care colaborará con usted en todo momento y trabajará con su familia, sus amigos y sus representantes si usted así lo desea. Usted estará en el centro del proceso de creación de su Plan de Cuidado Individualizado.

Cada año, su Equipo de Cuidado de la Salud colaborará con usted para actualizar su Plan de Cuidado Individualizado en caso de que haya algún cambio en los servicios de salud que usted necesita y desea. Su Plan de Cuidado Individualizado también se puede actualizar a medida que cambien sus metas o necesidades a lo largo del año.

Sección H Prima mensual del plan UnitedHealthcare Connected for One Care

Usted no pagará ninguna prima mensual a UnitedHealthcare Connected for One Care por su cobertura de salud.

Si paga una prima al programa MassHealth por CommonHealth, debe seguir pagando la prima al programa MassHealth para mantener su cobertura.

Los miembros que ingresen a un centro de enfermería podrían tener que pagar una Cantidad Pagada por el Paciente para mantener su cobertura del programa MassHealth. La Cantidad Pagada por el Paciente es la contribución del miembro al costo del cuidado en el centro. El programa MassHealth le enviará un aviso detallado en caso de que usted tenga que pagar dicha cantidad.

Sección I La Guía para Miembros

Esta **Guía para Miembros** forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, podría apelar, o cuestionar, nuestra forma de actuar. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9 o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Para pedir una **Guía para Miembros**, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**. También puede consultar la **Guía para Miembros** en **es.UHCCommunityPlan.com** o descargarla de este sitio web.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en UnitedHealthcare Connected for One Care, entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J Otra información importante que le enviaremos

Usted ya debería haber recibido una Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care, información sobre cómo acceder al **Directorio de Proveedores y Farmacias**, e información sobre cómo acceder a la **Lista de Medicamentos Cubiertos**.

Sección J1 Su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care

En nuestro plan, usted tendrá una sola tarjeta para recibir sus servicios de Medicare y del programa MassHealth, incluidos los medicamentos con receta y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Esta es una tarjeta de muestra. La suya será muy parecida:

United Healthcare Community Plan | **One Care**
MassHealth + Medicare
Bring your cares together

Health Plan (80840) 911-87726-04
Member ID: 001201141 Group Number: M1MMP
Member: NEW SPANISH
PCP Name: DOUGLAS GETWELL
PCP Phone: (602)239-4567
Care Coordinator Phone - 866-633-4454

Member Engagement Center: 866-633-4454 TTY 711
Behavioral Health: 866-633-4454 TTY 711
NurseLine: 866-385-6728 TTY 711

For Providers: UHCprovider.com 877-790-6543
Claims: PO Box 31350, Salt Lake City, UT 84131-0350

Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 650287, Dallas, TX 75265-0287
For Pharmacists: 877-899-6510

MUESTRA

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de beneficios del programa MassHealth para recibir servicios. **Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante.** Si muestra su tarjeta de Medicare en vez de su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care, es posible que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Sección J2 Directorio de Proveedores y Farmacias

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica los proveedores y las farmacias dentro de la red de UnitedHealthcare Connected for One Care. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Para pedir un **Directorio de Proveedores y Farmacias** (una copia impresa o en formato electrónico), puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**. Las copias impresas del Directorio de Proveedores y Farmacias que usted solicite se le enviarán por correo en un plazo

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

no mayor de tres días hábiles. También puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en **es.UHCCommunityPlan.com** o descargarlo de este sitio web.

Tanto Servicio al Cliente como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red, que incluyen proveedores de cuidado primario, especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada y otros proveedores.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de UnitedHealthcare Connected for One Care incluyen:
 - Médicos, enfermeras, dentistas y otros profesionales de cuidado de la salud que usted puede usar como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; y
 - Apoyos y servicios a largo plazo, y recursos comunitarios; y
 - Agencias de asistencia médica a domicilio, distribuidores de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME), así como otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o del programa MassHealth.

Los proveedores de la red han convenido aceptar el pago de nuestro plan por servicios cubiertos como pago total. Usted no tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que han convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para buscar la farmacia de la red que desee usar.
- Debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagar sus medicamentos.

Para obtener más información o una copia del **Directorio de Proveedores y Farmacias**, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

Sección J3 Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos** o **Formulario**. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”. Indica los medicamentos con receta que están cubiertos por UnitedHealthcare Connected for One Care.

La Lista de Medicamentos también indica si hay alguna regla o restricción en algún medicamento, por ejemplo, un límite en la cantidad que usted puede obtener. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite **es.UHCCommunityPlan.com** o llame al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J4 La Explicación de Beneficios

Cuando use sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un resumen que le ayudará a comprender y llevar un registro de los pagos realizados por estos medicamentos. Este resumen se llama **Explicación de Beneficios** (Explanation of Benefits, EOB).

La Explicación de Beneficios le indica el total que usted ha gastado, o que otros han gastado en nombre de usted, en sus medicamentos con receta de la Parte D y el total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos medicamentos durante el mes. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. El Capítulo 6 ofrece más información sobre la Explicación de Beneficios y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También hay una **Explicación de Beneficios** disponible si la pide. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección K Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Para mantener actualizado su registro de membresía, avisenos cuando cambie su información.

Las farmacias y los proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted **porque usan su registro de membresía para saber qué medicamentos y servicios recibe usted**, y cuánto le cuestan. Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber si se identifica con alguna de estas situaciones:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Obtiene otra cobertura de seguro de salud, como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, del empleador de su pareja de unión libre o del Seguro de Accidentes Laborales
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito
- Admisión en un centro de enfermería o un hospital
- Cuidado en una sala de emergencias o en un hospital fuera del área de servicio o fuera de la red
- Cambios de cuidador (u otro responsable de usted)
- Si participa o comienza a participar en un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio en la información, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, para avisarnos.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección K1 Privacidad de la información de salud personal (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información de salud personal (personal health information, PHI). Las leyes nos exigen mantener la privacidad de su información de salud personal. Nos aseguramos de que su información de salud personal esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el Capítulo 8.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da la información de contacto de recursos importantes que pueden responder sus preguntas sobre UnitedHealthcare Connected for One Care y sus beneficios de cuidado de la salud. Usted también puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su Coordinador del Cuidado de la Salud y otras personas que puedan defenderle en nombre de usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected for One Care	18
	Sección A1 Cuándo comunicarse con Servicio al Cliente	18
Sección B	Cómo comunicarse con su Coordinador del Cuidado de la Salud.....	20
	Sección B1 Cuándo comunicarse con su Coordinador del Cuidado de la Salud	21
Sección C	Cómo comunicarse con Nurse Hotline	21
	Sección C1 Cuándo comunicarse con Nurse Hotline	21
Sección D	Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento	22
	Sección D1 Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento.....	22
Sección E	Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).....	23
	Sección E1 Cuándo comunicarse con el programa SHINE.....	23
Sección F	Cómo comunicarse con Medicare	24
Sección G	Cómo comunicarse con el programa MassHealth	25
Sección H	Cómo comunicarse con el programa My Ombudsman.....	26
Sección I	Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	27
	Sección I1 Cuándo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	27

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A **Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected for One Care**

Método	Servicio al Cliente – Información de contacto
Llame al	1-866-633-4454 Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
Escriba a	UnitedHealthcare Community Plan P.O. Box 30770 Salt Lake City, UT 84130-0770
Sitio web	es.UHCCommunityPlan.com

Sección A1 **Cuándo comunicarse con Servicio al Cliente**

- Preguntas sobre el plan
- Decisiones de cobertura sobre el cuidado de su salud
 - Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:
 - sus beneficios y sus servicios cubiertos, o
 - la cantidad de sus servicios de salud que cubriremos.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección D del Capítulo 9.
- Apelaciones sobre el cuidado de su salud
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte la Sección E del Capítulo 9.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Quejas sobre el cuidado de su salud
 - Usted puede llamar a Servicio al Cliente para presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió, ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección H a continuación).
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud, puede llamar a Servicio al Cliente para presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
 - También puede enviar una queja sobre UnitedHealthcare Connected for One Care directamente a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx** o llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, consulte la Sección J del Capítulo 9.
 - También puede llamar al programa My Ombudsman para recibir ayuda con **cualquier** queja o para que le ayuden a presentar una apelación. (Consulte la Sección I de este capítulo para obtener la información de contacto del programa My Ombudsman.)
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y sus medicamentos cubiertos, o
 - lo que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D, sus medicamentos con receta del programa MassHealth y sus medicamentos sin receta del programa MassHealth. Los medicamentos del programa MassHealth están señalados en la Lista de Medicamentos con un asterisco.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos con receta, consulte las Secciones E o F del Capítulo 9.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte las Secciones E o F del Capítulo 9.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos con receta.
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, usted puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
 - Puede enviar una queja sobre UnitedHealthcare Connected for One Care directamente a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx** o llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta, consulte la Sección F del Capítulo 9.
- Preguntas sobre el pago de cuidado de la salud, suministros médicos o medicamentos con o sin receta que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre el pago de una factura que recibió o para pedirnos que le reembolsemos el costo de servicios o medicamentos con receta, consulte el Capítulo 7.
 - Si nos pide que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones.

Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 6103, MS CA124-0187
Cypress, CA 90630-0023
A&G Expedited Fax / Part C: **1-866-373-1081**
A&G Standard Fax: **1-888-517-7113**

Sección B Cómo comunicarse con su Coordinador del Cuidado de la Salud

UnitedHealthcare Connected for One Care ofrece servicios de administración del cuidado de la salud a todos los miembros. El Coordinador del Cuidado de la Salud es el director de su plan de cuidado. El Coordinador del Cuidado de la Salud ayuda a evaluar sus necesidades y problemas de salud, y colabora con su equipo de cuidado de la salud para definir un plan de cuidado. Nuestra meta es identificar al Coordinador del Cuidado de la Salud que mejor satisfaga sus necesidades; sin embargo, si usted desea cambiar de Coordinador del Cuidado de la Salud, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Método	Coordinador del Cuidado de la Salud — Información de contacto
Llame al	1-866-633-4454 Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
Escriba a	UnitedHealthcare Community Plan P.O. Box 30770 Salt Lake City, UT 84130-0770
Sitio web	es.UHCCommunityPlan.com

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección B1 **Cuándo comunicarse con su Coordinador del Cuidado de la Salud**

- Preguntas sobre el cuidado de su salud
- Preguntas sobre cómo recibir servicios médicos, servicios para la salud del comportamiento y apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)
- Preguntas sobre cómo recibir ayuda con los alimentos, la vivienda, el empleo y otras necesidades sociales relacionadas con la salud
- Preguntas sobre su Plan de Cuidado Individualizado (ICP)
- Preguntas sobre las aprobaciones de servicios que sus proveedores han solicitado
- Preguntas sobre los beneficios de los Servicios Cubiertos Flexibles y cómo se pueden solicitar

Sección C **Cómo comunicarse con Nurse Hotline**

Como miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care, usted puede aprovechar nuestros servicios de Nurse Hotline prestados a través de NurseLine. NurseLine le da acceso a Enfermeras Tituladas (Registered Nurses, RN) con experiencia que están capacitadas para comprender sus necesidades y problemas de cuidado de la salud.

Método	Nurse Hotline — Información de contacto
Llame al	1-866-385-6728 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Sección C1 **Cuándo comunicarse con Nurse Hotline**

- Preguntas sobre el cuidado de su salud
- Apoyo para síntomas (evaluación y clasificación de necesidades médicas)
- Información educativa sobre la salud
- Referencias a proveedores
- Referencias a programas
- Las enfermeras guían al miembro al nivel adecuado de cuidado

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D **Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento**

UnitedHealthcare Connected for One Care cubre los servicios para la salud del comportamiento médicamente necesarios. Si usted tiene un problema de drogas o está muy perturbado por algo, puede recibir ayuda. Llame al **1-866-633-4454** para pedir ayuda. No necesita una referencia para estos servicios. Habrá personas que pueden hablar con usted en inglés o en español. Si necesita ayuda en otros idiomas, dígaselo. Servicio al Cliente le comunicará con la Línea Telefónica de Idiomas y responderá sus preguntas. Si tiene limitaciones auditivas, llame al TTY **711**. Si se trata de una crisis y tiene dificultades con la línea telefónica, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana y llame a UnitedHealthcare Connected for One Care en un plazo no mayor de 24 horas.

Método	Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento – Información de contacto
Llame al	1-866-633-4454 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Sección D1 **Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento**

- Usted necesita ayuda durante una crisis de salud mental
- Usted necesita ayuda durante una crisis debido a un trastorno por consumo de sustancias

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección E **Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)**

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) proporciona asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare. En Massachusetts, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone).

Este programa no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

Método para acceder al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud y otros recursos

- Visite **es.medicare.gov**
- Haga clic en **“Formularios, Ayuda y Otros Recursos”** a la derecha del menú de la parte superior
- En el menú desplegable, haga clic en **“Números de Teléfono y Sitios Web”**
- Ahora tiene varias opciones
 - Opción n.º 1: Puede tener una **conversación en vivo**
 - Opción n.º 2: Puede hacer clic en cualquiera de los **“TEMAS”** del menú al final de la página
 - Opción n.º 3: Puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto le dirigirá a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Programa SHINE – Información de contacto
Llame al	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	1-800-439-2370 (Massachusetts solamente) Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	Llame al número anterior para obtener la dirección del programa SHINE en su área.
Sitio web	mass.gov/health-insurance-counseling

Sección E1 **Cuándo comunicarse con el programa SHINE**

- Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
 - Los asesores del Programa SHINE pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a hacer lo siguiente:
 - comprender sus derechos;
 - comprender sus opciones de planes;
 - presentar quejas sobre su tratamiento o el cuidado de su salud; y
 - corregir problemas con sus facturas.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F **Cómo comunicarse con Medicare**

Medicare es un programa federal de seguro de salud. Cubre a algunas personas menores de 65 años con discapacidades, a personas mayores de 65 años y a personas con enfermedad renal en etapa terminal (end-stage renal disease, ESRD—insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Método	Medicare — Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultad para oír o para hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	es.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de convalecencia, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros de cuidados paliativos. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene guías que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local, posiblemente le permitan usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare al número indicado anteriormente y decirles lo que está buscando. Buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCCommunityPlan.com**.

Sección G **Cómo comunicarse con el programa MassHealth**

El programa MassHealth ayuda con los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo a las personas que tienen ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en el programa MassHealth. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe del programa MassHealth, la información de contacto se indica a continuación.

Método	Programa MassHealth – Información de contacto
Llame al	1-800-841-2900
TTY	711 Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	MassHealth Customer Service 55 Summer Street Boston, MA 02110
Correo electrónico	membersupport@mahealth.net
Sitio web	mass.gov/masshealth

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección H **Cómo comunicarse con el programa My Ombudsman**

El programa My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Puede comunicarse con el programa My Ombudsman para obtener información o ayuda. Los servicios del programa My Ombudsman son gratuitos. El personal del programa My Ombudsman:

- Puede responder sus preguntas o referirle al lugar adecuado para que usted encuentre lo que necesite.
- Puede ayudarle a tratar un problema o una inquietud con respecto a One Care o su plan One Care, UnitedHealthcare Connected for One Care. El personal del programa My Ombudsman escuchará, investigará el problema y analizará opciones con usted para ayudar a resolver el problema.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedir a su plan One Care, al programa MassHealth o a Medicare que revise una decisión sobre sus servicios. El personal del programa My Ombudsman puede explicarle cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.

Usted puede llamar o escribir al programa My Ombudsman. Para obtener información actualizada sobre la dirección y el horario de atención sin previa cita, consulte el sitio web del programa My Ombudsman o comuníquese con este directamente.

Método	Programa My Ombudsman — Información de contacto
Llame al	1-855-781-9898 (número gratuito)
MassRelay y Videoteléfono (VP)	Use 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898 Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla. Videollamada (VP): 339-224-6831 Este número es para personas sordas o con dificultades de audición.
Escriba a	My Ombudsman 25 Kingston Street, 4th floor Boston, MA 02111
Correo electrónico	info@myombudsman.org
Sitio web	myombudsman.org

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección I **Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)**

Massachusetts tiene una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) llamada KEPRO. Está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad no tiene relación con nuestro plan.

Método	Organización para el Mejoramiento de la Calidad — Información de contacto
Llame al	1-888-319-8452
TTY	1-855-843-4776 Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	KEPRO QIO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
Sitio web	keproqio.com

Sección I1 **Cuándo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

- Preguntas sobre el cuidado de su salud
 - Puede presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad del cuidado;
 - cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto; o
 - piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminarán demasiado pronto.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene las reglas y los términos específicos que usted debe conocer para recibir servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos con UnitedHealthcare Connected for One Care. También le explica sobre su Coordinador del Cuidado de la Salud, cómo recibir cuidado de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (por ejemplo, de proveedores o farmacias fuera de la red), qué puede hacer cuando le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas para adquirir la propiedad del Equipo Médico Duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	31
Sección B	Reglas para recibir sus apoyos y servicios a largo plazo (LTSS) y para el cuidado de la salud, y otros servicios cubiertos por el plan	31
Sección C	Coordinación del Cuidado de la Salud	33
	Sección C1 Qué es la coordinación del cuidado de la salud.....	33
	Sección C2 Cómo puede comunicarse con su Coordinador del Cuidado de la Salud o con su Coordinador de Apoyos a Largo Plazo (LTS).....	34
	Sección C3 Cómo puede cambiar de Coordinador del Cuidado de la Salud.....	34
Sección D	Cuidado de su proveedor de cuidado primario, sus especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red	34
	Sección D1 Cuidado de un proveedor de cuidado primario	34
	Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red.....	36
	Sección D3 Qué puede hacer cuando uno de sus proveedores deja nuestro plan	37
	Sección D4 Cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red	38

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección E	Cómo recibir apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)	39
Sección F	Cómo recibir servicios para la salud del comportamiento.....	39
Sección G	Cómo recibir cuidado autodirigido	40
	Sección G1 Qué es el cuidado autodirigido	40
	Sección G2 Quién puede recibir cuidado autodirigido	40
	Sección G3 Cómo recibir ayuda para emplear proveedores de cuidado personal (si corresponde).....	40
	Sección G4 Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del Equipo de Cuidado de la Salud que el miembro identifique.....	41
Sección H	Cómo recibir servicios dentales y para la vista	41
Sección I	Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesita cuidado de urgencia, o durante una catástrofe	42
	Sección I1 Cuidado de la salud cuando tiene una emergencia médica	42
	Sección I2 Cuidado requerido de urgencia	44
	Sección I3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe	45
Sección J	Qué puede hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan.....	45
	Sección J1 Qué puede hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	45
Sección K	Cobertura de servicios para el cuidado de la salud cuando usted participa en un estudio de investigación clínica	46
	Sección K1 Definición de un estudio de investigación clínica.....	46
	Sección K2 Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	46
	Sección K3 Más información sobre estudios de investigación clínica	47
Sección L	Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud cuando recibe cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud	47
	Sección L1 Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud.....	47
	Sección L2 Cómo recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud	47

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección M	Equipo médico duradero (DME)	48
Sección M1	Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan.....	48
Sección M2	Propiedad del equipo médico duradero cuando usted se cambia de One Care a Medicare Original o a Medicare Advantage.....	48
Sección M3	Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	49
Sección M4	Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage.....	50

Sección A Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Los servicios incluyen cuidado médico, cuidado de la salud del comportamiento, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, medicamentos con y sin receta (over-the-counter, OTC), equipos, etc. Servicios cubiertos son cualesquiera de estos servicios que pague nuestro plan. Los servicios cubiertos se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Proveedores son los médicos, las enfermeras, los especialistas en salud del comportamiento y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo.

Proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han convenido aceptar nuestro pago como pago total.

Sección B Reglas para recibir sus apoyos y servicios a largo plazo (LTSS) y para el cuidado de la salud, y otros servicios cubiertos por el plan

UnitedHealthcare Connected for One Care cubre servicios que están cubiertos por Medicare y por el programa MassHealth. Estos incluyen servicios para la salud del comportamiento, apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), y medicamentos con y sin receta (OTC).

UnitedHealthcare Connected for One Care pagará los servicios y el cuidado de la salud que usted reciba si sigue las reglas del plan que se indican a continuación. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- El cuidado que usted reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en la Sección D del Capítulo 4 de esta guía).
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. Médicamente necesario significa que los servicios son razonables y necesarios:
 - Para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión; **o**
 - Para mejorar el funcionamiento de una parte malformada del cuerpo; **o**
 - Según sea médicamente necesario de otra manera conforme a la ley de Medicare
 - Según la ley y norma de Medicaid y según el programa MassHealth, los servicios son médicamente necesarios si:
 - Se podría suponer razonablemente que se necesitan para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar condiciones que ponen en peligro su vida, le causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o resultan en enfermedad o debilidad; **y**

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- No hay otro servicio médico ni lugar del servicio que esté disponible, funcione tan bien, sea adecuado para usted y sea menos costoso. La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir los estándares del cuidado de la salud reconocidos profesionalmente, y dichos servicios también deben contar con el respaldo de registros que incluyan pruebas de esa necesidad y calidad médicas.

Si tiene preguntas sobre si un servicio es médicamente necesario o no, puede comunicarse con Servicio al Cliente al **1-866-633-4454** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

- Usted debe tener un **proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP)** que esté dentro de la red de nuestro plan (un proveedor de cuidado primario de la red). Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su proveedor de cuidado primario.
 - Para obtener más información sobre cómo elegir un proveedor de cuidado primario, consulte la página 35.
 - En la mayoría de los casos, su proveedor de cuidado primario de la red o nuestro plan deben darle su aprobación o autorización para que usted pueda usar a alguien que no sea su proveedor de cuidado primario, para usar otros proveedores dentro de la red del plan o para recibir ciertos servicios. Esto se llama **preautorización**. Si usted o su proveedor no obtienen una autorización con anticipación, es posible que UnitedHealthcare Connected for One Care no cubra los servicios. Usted no necesita una autorización para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre los servicios que requieren una autorización, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.
 - No necesita una preautorización de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de emergencia ni cuidado requerido de urgencia. También puede recibir otros tipos de cuidado sin tener una referencia de su proveedor de cuidado primario. Para obtener más información sobre este tema, consulte la página 34. (Sección D)
 - **Nota:** En los primeros 90 días a partir de su inscripción en nuestro plan o hasta que se realice su Plan de Cuidado Individualizado (ICP), puede seguir consultando a sus proveedores actuales, sin costo para usted, si no forman parte de nuestra red. Esto se llama período de Continuidad del Cuidado de la Salud (Continuity of Care, COC). Durante este período, nuestro Coordinador del Cuidado de la Salud se comunicará con usted para ayudarle a buscar proveedores dentro de nuestra red. Después de este período, dejaremos de cubrir su cuidado si usted elige usar proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir su cuidado de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá el cuidado que le proporcione un proveedor que no trabaja con el plan de salud. Pero, a veces, esta regla no se aplica, por ejemplo:
 - El plan cubre el cuidado de emergencia o requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre qué significa cuidado de emergencia o requerido de urgencia, consulte la Sección I, página 42.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si necesita cuidado que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionárselo, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red. Tendrá que hablar con su Coordinador del Cuidado de la Salud antes de recibir cuidado. Se necesitará una preautorización. En esta situación, cubriremos el cuidado sin costo para usted. Para saber cómo obtener una aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D4, página 38.
- El plan cubre servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o no esté accesible momentáneamente. Usted puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Si necesita servicios para la planificación familiar, puede recibirlos de cualquier proveedor del plan One Care o de cualquier Proveedor de Servicios para la Planificación Familiar contratado del programa MassHealth. Para obtener más información sobre los servicios para la planificación familiar, consulte el Capítulo 4.
- Cuando usted se inscriba en el plan, podrá seguir visitando a los proveedores que consulta actualmente durante el período de Continuidad del Cuidado de la Salud (COC).

Sección C Coordinación del Cuidado de la Salud

Sección C1 Qué es la coordinación del cuidado de la salud

El Coordinador del Cuidado de la Salud es la principal persona de contacto para usted (el Miembro) con su plan de salud para ayudarle a usar sus beneficios del programa MassHealth y de Medicare para recibir el cuidado y los servicios que usted necesite. Esto incluye ayudarle a recibir beneficios adicionales a través de su plan de salud que tal vez usted no haya podido recibir antes de inscribirse en One Care. El Coordinador del Cuidado de la Salud colaborará con usted para asegurarse de que su plan de salud sepa lo que necesita y cómo desea recibir sus servicios, y le ayudará con las preguntas que tenga sobre cómo recibir cuidado. Su Coordinador del Cuidado de la Salud también puede ayudarle a conectarse con recursos comunitarios. En colaboración con usted y su equipo de cuidado de la salud, su Coordinador del Cuidado de la Salud le ayudará a crear un Plan de Cuidado Individualizado (ICP) que se actualizará si sus necesidades y preferencias cambian con el tiempo.

Toda persona que se inscriba en un plan One Care también tiene derecho a tener un Coordinador de Apoyos a Largo Plazo (LTS) independiente en su equipo de cuidado de la salud.

Un Coordinador de Apoyos a Largo Plazo colaborará con usted como miembro de su plan One Care para encontrar recursos y servicios en su comunidad que puedan apoyar sus metas de bienestar, independencia y recuperación. Estos servicios a veces se llaman apoyos y servicios a largo plazo (LTSS). Los Coordinadores de Apoyos a Largo Plazo también podrían ayudarle a acceder a recursos y servicios para la salud del comportamiento.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Los Coordinadores de Apoyos a Largo Plazo no trabajan para los planes One Care. Proviene de organizaciones comunitarias independientes y son expertos en áreas como la vida independiente, la recuperación y el envejecimiento. Esto significa que pueden trabajar para usted y ayudarle a defender sus necesidades.

Usted puede elegir tener un Coordinador de Apoyos a Largo Plazo que colabore con usted como integrante pleno de su equipo de cuidado de la salud en cualquier momento. Este servicio es gratuito para usted.

Sección C2 Cómo puede comunicarse con su Coordinador del Cuidado de la Salud o con su Coordinador de Apoyos a Largo Plazo (LTS)

Poco después de que se haga miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care, un integrante del equipo de administración del cuidado de la salud le llamará para programar su evaluación completa inicial de salud en persona. Una vez que se haya realizado su evaluación de salud, se le asignará un Coordinador del Cuidado de la Salud de UnitedHealthcare Connected for One Care y se le proporcionará la información de contacto para comunicarse con esta persona. Si desea hablar con un Coordinador del Cuidado de la Salud antes de realizar su evaluación inicial de salud, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY: **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Su Coordinador del Cuidado de la Salud también puede ayudarle a comunicarse con su Coordinador de Apoyos a Largo Plazo.

Sección C3 Cómo puede cambiar de Coordinador del Cuidado de la Salud

Puede solicitar el cambio de su Coordinador del Cuidado de la Salud si no es adecuado para usted. Si necesita más información o ayuda para elegir un nuevo Coordinador del Cuidado de la Salud, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Sección D Cuidado de su proveedor de cuidado primario, sus especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red

Sección D1 Cuidado de un proveedor de cuidado primario

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que proporcione y administre su cuidado.

Definición de “proveedor de cuidado primario” y lo que hace este proveedor por usted

- ¿Qué es un proveedor de cuidado primario? Un proveedor de cuidado primario es el proveedor principal que administra su cuidado.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- ¿Qué tipos de proveedores pueden ser proveedores de cuidado primario? Usted puede elegir un médico, una enfermera especialista o un asistente médico dentro de la red como su proveedor de cuidado primario. Los proveedores de cuidado primario deben ejercer una de las siguientes especialidades: medicina familiar, medicina interna, medicina general, medicina geriátrica u obstetricia o ginecología (para mujeres únicamente). Los proveedores de cuidado primario deben estar certificados por la Junta Médica o cumplir los requisitos para obtener la certificación de la Junta Médica en su área de especialidad.
- ¿Cuál es el rol de un proveedor de cuidado primario en la coordinación de los servicios cubiertos? Su proveedor de cuidado primario es el proveedor al que usted debe llamar para cualquier tipo de cuidado de la salud que necesite, a menos que esté teniendo una emergencia. Puede llamar al consultorio de su proveedor de cuidado primario las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si su proveedor de cuidado primario no está disponible, alguien más podrá ayudarle. Su proveedor de cuidado primario:
 - Le aplica vacunas y le realiza exámenes médicos regulares y exámenes de salud, incluidas las evaluaciones de salud del comportamiento (salud mental o consumo de sustancias)
 - Se asegura de que usted reciba el cuidado de la salud que necesite
 - Organiza las pruebas, las visitas al hospital o los procedimientos de laboratorio necesarios
 - Mantiene sus registros médicos
 - Recomienda especialistas, cuando es necesario
 - Proporciona información sobre los servicios cubiertos que necesitan una preautorización antes de que usted reciba tratamiento
 - Receta medicamentos, cuando es necesario
 - Le ayuda a recibir servicios para la salud del comportamiento, cuando es necesario
- ¿Cuál es el rol de un proveedor de cuidado primario en la emisión de referencias? Su proveedor de cuidado primario le proporciona cualquier referencia necesaria antes de que usted reciba tratamiento.
- ¿Cuál es el rol de un proveedor de cuidado primario cuando usted necesita una preautorización (una aprobación antes de que usted pueda recibir un servicio)? Su proveedor de cuidado primario nos pedirá una aprobación cuando usted necesite un servicio o cuando necesite recibir cuidado de otro proveedor o sitio dentro o fuera de la red.
- ¿Puede una clínica ser su proveedor de cuidado primario? No. Usted debe elegir un médico, una enfermera especialista o un asistente médico dentro de la red como su proveedor de cuidado primario.

Su elección de proveedor de cuidado primario

En el momento de la inscripción, el plan le ayudará a elegir un proveedor de cuidado primario. Nuestro Servicio al Cliente puede ayudarle a elegir un nuevo proveedor de cuidado primario siempre que sea necesario. Si desea usar un especialista o un hospital en particular, primero



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

verifique que esté dentro de nuestra red de proveedores. Para obtener una copia del **Directorio de la Red de Proveedores y Farmacias** más reciente o para recibir ayuda para elegir un proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o use nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en Internet en **es.UHCCommunityPlan.com**.

Opción para cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de nuestro plan. Le ayudaremos a buscar un nuevo proveedor de cuidado primario si el que tiene ahora deja nuestra red.

Si usted desea cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o hágalo por Internet. Los cambios de proveedor de cuidado primario que se realicen dentro del primer mes de membresía entrarán en vigencia en la fecha de la solicitud. Si usted solicita un cambio de proveedor de cuidado primario después del primer mes de membresía, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva tarjeta de ID de membresía que incluirá el nombre y el número de teléfono de su nuevo proveedor de cuidado primario.

Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. Los siguientes son algunos ejemplos.

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Cuando usted y su proveedor de cuidado primario determinen que usted debe consultar a otro médico (especialista), su proveedor de cuidado primario le referirá a ese médico. Esto significa que el proveedor de cuidado primario le recomienda otro médico para que usted consulte. **Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista o a un proveedor de servicios de salud mental o para el consumo de sustancias de la red.** Aunque no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista de la red, su proveedor de cuidado primario puede recomendarle un especialista de la red apropiado para sus problemas médicos, de salud mental o por consumo de sustancias, responder las preguntas que usted tenga sobre el plan de cuidado de un especialista de la red y proporcionar cuidado de la salud de seguimiento según sea necesario. Para la coordinación del cuidado de la salud, le recomendamos que, cuando consulte a un especialista de la red, le avise a su proveedor de cuidado primario y a su Equipo de Cuidado de la Salud. Su Equipo de Cuidado de la Salud puede ayudarle a obtener una preautorización si la necesita.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Una preautorización significa que usted debe obtener la aprobación del plan antes de recibir un servicio o medicamento específico. Tomaremos la decisión de preautorización y les informaremos a usted y a su proveedor lo que hayamos decidido. El proveedor que le prestará el servicio es el responsable de obtener la preautorización. Para obtener información sobre qué servicios requieren una preautorización, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, que contiene una lista de los especialistas del plan a su disposición a través de su red. O bien, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en Internet en el sitio web que se indica en el Capítulo 2 de esta guía.

Obtenga más información sobre los médicos de la red.

Para obtener información sobre los médicos de la red, puede visitar **es.UHCCommunityPlan.com** o llamar a Servicio al Cliente. Podemos darle la siguiente información:

- Nombre, dirección, números de teléfono.
- Títulos académicos y acreditaciones profesionales.
- Especialidad.
- Facultad de medicina a la que asistieron.
- Residencia terminada.
- Estatus de certificación de la Junta Médica.
- Idiomas hablados.

Sección D3 Qué puede hacer cuando uno de sus proveedores deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted esté usando deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos todo lo posible para avisarle al menos 30 días antes para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si le ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para seguir manejando sus necesidades de cuidado de la salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si usted está recibiendo servicios de tratamiento médico o terapia de su proveedor actual, tiene derecho a pedir que continúen esos servicios médicamente necesarios, y colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, debemos hacer los arreglos necesarios para que un especialista fuera de la red le proporcione su cuidado cuando no haya un proveedor o beneficio adecuado o disponible dentro de la red para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si usted cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, tiene derecho a presentar una queja. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y administrar su cuidado.

Para recibir ayuda, llame a Servicio al Cliente o a su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Sección D4 Cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red

Debe recibir su cuidado de proveedores de la red. Por lo general, el plan no cubrirá el cuidado que le proporcione un proveedor que no trabaja con UnitedHealthcare Connected for One Care. Hay algunas excepciones para tener en cuenta:

- El plan cubre el cuidado de emergencia o requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre qué significa cuidado de emergencia o cuidado requerido de urgencia, consulte la Sección I de este capítulo.
- Si necesita cuidado que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionárselo, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red. Antes de que usted reciba cuidado de un proveedor fuera de la red, su proveedor de cuidado primario, su Equipo de Cuidado de la Salud o UnitedHealthcare Connected for One Care debe autorizarlo. En esta situación, cubriremos el cuidado sin costo para usted.
- El plan cubre el cuidado fuera de la red en circunstancias inusuales. Antes de que usted reciba cuidado de un proveedor fuera de la red, su proveedor de cuidado primario, su Equipo de Cuidado de la Salud o UnitedHealthcare Connected for One Care debe autorizarlo. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Si no obtiene la autorización para el cuidado fuera de la red por adelantado, usted será responsable del pago del servicio.

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare o en el programa MassHealth.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumpla los requisitos para participar en Medicare ni en el programa MassHealth.
- Si usa un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare ni en el programa MassHealth, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no cumplen los requisitos para participar en Medicare ni en el programa MassHealth.

Sección E Cómo recibir apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)

Durante su período de 90 días para la evaluación inicial de salud, su Coordinador del Cuidado de la Salud de UnitedHealthcare Connected for One Care realizará la evaluación de salud y le referirá a un Coordinador de Servicios a Largo Plazo (LTS) en su área si se necesita o solicita uno. Un Coordinador de Apoyos a Largo Plazo es un recurso independiente para que usted contacte y tenga en su equipo de cuidado de la salud. Esta persona es una experta en Apoyos y Servicios a Largo Plazo en su área, y puede ayudar a identificar cualquier problema social y comunitario, y hacer las referencias apropiadas a organizaciones en la comunidad. Un Coordinador de Apoyos a Largo Plazo le ayuda a recibir servicios que le permiten vivir de forma independiente en su domicilio.

Su Coordinador del Cuidado de la Salud de UnitedHealthcare Connected for One Care analizará cuáles son los Coordinadores de Apoyos a Largo Plazo a su disposición en su área y colaborará con usted para elegir el que sea mejor para usted. Este Coordinador de Apoyos a Largo Plazo puede seguir formando parte de su equipo de cuidado de la salud, pero, aunque usted decida no incluir uno en su equipo de cuidado de la salud al principio, puede solicitar un Coordinador de Apoyos a Largo Plazo más adelante. Usted puede comunicarse con su Coordinador del Cuidado de la Salud de UnitedHealthcare Connected for One Care para obtener más información sobre los Apoyos y Servicios a Largo Plazo.

Sección F Cómo recibir servicios para la salud del comportamiento

Su Coordinador del Cuidado de la Salud de UnitedHealthcare Connected for One Care puede ayudarle a conectarse con los servicios para la salud del comportamiento en su área. Usted también puede usar nuestra herramienta en Internet Buscar un Médico, un Hospital o una Farmacia para localizar proveedores de la red en su área o puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección G Cómo recibir cuidado autodirigido

Sección G1 Qué es el cuidado autodirigido

El cuidado autodirigido reconoce que la persona tiene conocimiento de sus propias necesidades de cuidado y que la persona es capaz y responsable de su propio cuidado; y pone énfasis en el cambio ambiental y la calidad de vida. El cuidado autodirigido enfatiza la capacidad que tiene usted, como consumidor, de hacer lo siguiente:

- Defender sus propias necesidades
- Tomar decisiones sobre qué servicios satisfarían mejor esas necesidades
- Supervisar la calidad de esos servicios

El modelo autodirigido de servicios para el cuidado personal se llama programa de Asistente para el Cuidado Personal (Personal Care Attendant, PCA). En este modelo, el consumidor recluta, contrata, entrena, supervisa y, si es necesario, despide a los asistentes para el cuidado personal. Usted no tiene que preocuparse de pagar las facturas usted mismo en este modelo. UnitedHealthcare Connected for One Care lo hará en nombre de usted.

Sección G2 Quién puede recibir cuidado autodirigido

Si usted cumple los requisitos funcionales y clínicos para recibir servicios para el cuidado personal, puede decidir autodirigir estos servicios a través del programa de Asistente para el Cuidado Personal (PCA). Su Equipo de Cuidado de la Salud aprobará la cantidad de servicios para los que usted cumpla los requisitos. Dicha cantidad se basará en estándares conforme a los criterios establecidos por las normas del programa MassHealth. Las agencias de Administración del Cuidado Personal proporcionan apoyo y capacitación en habilidades, conforme al contrato con UnitedHealthcare Connected for One Care, para proporcionar información a los miembros sobre lo que implica la autodirección y para que adquieran las habilidades necesarias para administrar sus propios servicios, lo que incluye reclutar, contratar, capacitar, supervisar y despedir a los asistentes para el cuidado personal. UnitedHealthcare Connected for One Care trabajará con el “intermediario fiscal” para pagar las facturas de estos servicios conforme al plan. En el cuidado autodirigido, usted no tiene que hacerse cargo del pago.

Sección G3 Cómo recibir ayuda para emplear proveedores de cuidado personal (si corresponde)

Puede pedirle a su Coordinador del Cuidado de la Salud o a su Coordinador de Apoyos a Largo Plazo que le ayude a acceder a los recursos para emplear asistentes para el cuidado personal. Le conectarán con una agencia de Administración del Cuidado Personal que pueda proporcionar capacitación en habilidades para ayudar en las funciones de empleo. La agencia de

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Administración del Cuidado Personal trabajará con usted para desarrollar las habilidades necesarias para supervisar el empleo de asistentes para el cuidado personal y participar en la resolución conjunta de problemas.

Sección G4 **Cómo solicitar que se envíe una copia de todos los avisos por escrito a los participantes del Equipo de Cuidado de la Salud que el miembro identifique**

Para obtener más información o ayuda, llame a nuestro Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Sección H **Cómo recibir servicios dentales y para la vista**

Servicios para el Cuidado Dental

Nuestro plan proporciona acceso a beneficios dentales que incluyen cuidado de la salud bucal preventivo, restaurativo y de emergencia. Su cobertura incluye hasta dos limpiezas por cada año calendario.

Usted debe visitar a un proveedor dental participante para todos los servicios dentales cubiertos.

Algunos servicios pueden requerir una preautorización de UnitedHealthcare Connected for One Care. Su dentista tendrá que presentar una preautorización directamente ante UnitedHealthcare Dental, nuestro administrador de beneficios dentales.

Servicios para la Vista

El plan cubre el cuidado profesional de los ojos con el propósito de prevenir, diagnosticar y tratar todas las condiciones patológicas. Incluye exámenes oculares, recetas y anteojos y lentes de contacto.

No se requiere una preautorización para los servicios para la vista para pacientes ambulatorios prestados por un proveedor contratado. Se pueden aplicar limitaciones y requisitos de autorización para los marcos. Para obtener más información sobre el cuidado de la vista cubierto y las limitaciones que se pueden aplicar, consulte la Tabla de Beneficios de la Sección D del Capítulo 4.

Si tiene preguntas sobre sus servicios dentales o para la vista, llame a nuestro Servicio al Cliente al 1-866-633-4454, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección I Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesita cuidado de urgencia, o durante una catástrofe

Sección I1 Cuidado de la salud cuando tiene una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor grave o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:

- un riesgo grave para su salud o la de su feto; **o**
- un daño grave en las funciones corporales; **o**
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - no hay suficiente tiempo para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
 - un traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su feto.

Qué puede hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o use la sala de emergencias o el hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita obtener primero una aprobación ni una referencia. No es necesario usar un proveedor de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.
- **En cuanto sea posible, asegúrese de avisarle a nuestro plan de su emergencia.** Debemos realizar un seguimiento de su cuidado de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para avisarnos que recibió cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo no mayor de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar servicios para emergencias si se demora en avisarnos. Todo lo que tiene que hacer es llamar a Servicio al Cliente al número gratuito que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios de la Sección D del Capítulo 4.

Los proveedores que le prestan el cuidado de emergencia deciden en qué momento su condición se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica. Seguirán tratándole y se comunicarán con nosotros para hacer planes si usted necesita cuidado médico de seguimiento para mejorar.

? **Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Nuestro plan cubre su cuidado médico de seguimiento. Si usted recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

Qué puede hacer si tiene una emergencia de salud del comportamiento

En una situación de emergencia de salud del comportamiento, usted debería ir a la sala de emergencias más cercana. Será evaluado por un equipo de crisis que le ayudará a buscar un centro adecuado para recibir cuidado. No se requiere una preautorización para este tipo de emergencia dentro de los Estados Unidos y sus territorios.

También puede comunicarse con el Programa de Servicios para Emergencias (Emergency Services Program, ESP) de Massachusetts al **1-800-495-0086**. El Programa de Servicios para Emergencias presta servicios de evaluación, intervención y estabilización de casos de crisis de salud del comportamiento, las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. Dicho programa incluye tres servicios:

1. Servicios de Intervención Móvil en Crisis (Mobile Crisis Intervention, MCI) para adultos — estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, en los siguientes horarios: de 7 a.m. a 8 p.m., en todos los sitios en la comunidad del Programa de Servicios para Emergencias; y de 8 p.m. a 7 a.m., en programas residenciales y Departamentos de Emergencias de hospitales.
2. Sitios en la comunidad del Programa de Servicios para Emergencias (ESP) — el horario varía según el sitio. Para obtener información detallada, visite masspartnership.com/pdf/MBHPESPDIRECTORY.pdf.
3. Servicios de estabilización de crisis en la comunidad (community crisis stabilization, CCS) para personas mayores de 18 años — estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Para obtener información detallada, visite masspartnership.com/pdf/MBHPESPDIRECTORY.pdf.

Cuidado de emergencia recibido cuando no era una emergencia

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud del comportamiento. Podría suceder que usted vaya para recibir cuidado de emergencia, pero que el médico diga que en realidad no era una emergencia. Siempre y cuando haya sido razonable pensar que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado.

Sin embargo, una vez que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos su cuidado adicional solamente si:

- usted usa un proveedor de la red, o
- el cuidado que recibe se considera “cuidado requerido de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir este cuidado. (Consulte la próxima sección.)



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

Sección I2 Cuidado requerido de urgencia

Definición de cuidado requerido de urgencia

Cuidado requerido de urgencia es el cuidado que usted recibe para una situación que, aunque no es una emergencia, necesita cuidado de inmediato. Por ejemplo, usted podría tener una intensificación de una condición existente o un fuerte dolor de garganta que se produce durante el fin de semana y necesitar que se lo trate.

Cuidado requerido de urgencia cuando se encuentra dentro del área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos el cuidado requerido de urgencia solamente si:

- usted recibe este cuidado de un proveedor de la red, **y**
- sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no es posible o razonable visitar a un proveedor de la red, cubriremos el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede encontrar una lista de los Centros de Cuidado de Urgencia contratados en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, o puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Si no sabe si debe ir a un centro de cuidado de urgencia, puede llamar a su proveedor de cuidado primario o a nuestros servicios de NurseLine disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1-866-385-6728** (TTY **711**), y su proveedor de cuidado primario o un Representante de NurseLine le ayudará. No se olvide de informarle a su proveedor de cuidado primario sobre cualquier visita a un centro de cuidado de urgencia. De esta manera, su proveedor de cuidado primario puede ayudar a coordinar el cuidado de su salud.

Cuidado requerido de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, quizás no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre el cuidado requerido de urgencia ni ningún otro cuidado que usted reciba fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Si está de viaje y necesita cuidado de emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana. Si necesita cuidado de urgencia, llame al consultorio de su proveedor de cuidado primario y siga las instrucciones de su proveedor. Por otros asuntos de cuidado de la salud de rutina, llame a su proveedor de cuidado primario. Por asuntos de salud del comportamiento de rutina, llame a su proveedor de salud del comportamiento. Si se encuentra fuera del área de servicio de UnitedHealthcare Connected for One Care, pero dentro de los Estados Unidos o sus territorios, solo cubriremos el cuidado de emergencia, los servicios para el cuidado de posestabilización o el cuidado requerido de urgencia.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección I3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted seguirá teniendo derecho a recibir cuidado de UnitedHealthcare Connected for One Care.

Para obtener información sobre cómo recibir el cuidado que necesite durante una catástrofe declarada, visite nuestro sitio web: **es.UHCCCommunityPlan.com**.

Durante una catástrofe declarada, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos recibir cuidado de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, podrá surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Sección J Qué puede hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla al plan, usted puede pedirnos que la paguemos.

No debe pagar la factura. Si lo hace, el plan no podrá hacerle un reembolso.

Si usted pagó sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 para saber qué puede hacer.

Sección J1 Qué puede hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

UnitedHealthcare Connected for One Care cubre todos los servicios:

- que sean médicamente necesarios, **y**
- que se encuentren en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4), **y**
- que usted reciba mientras siga las reglas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **tendrá que pagar el costo total.**

Si desea saber si pagaremos cualquier servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos verbalmente o por escrito. Si le informamos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 explica qué hacer si desea que el plan pague un servicio médico que generalmente no paga. También le explica cómo apelar una decisión sobre un servicio. Para obtener más información sobre este tema, también puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCCommunityPlan.com**.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si usted se excede del límite, tendrá que pagar el costo total para recibir más servicios de ese tipo. Para saber cuáles son los límites y cuánto le falta para alcanzarlos, llame a Servicio al Cliente.

Sección K Cobertura de servicios para el cuidado de la salud cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Sección K1 Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de la salud o de medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele pedir voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted desea participar y que usted exprese su interés, una persona que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le proporcionará información sobre el estudio y verá si usted califica para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla las condiciones necesarias. También debe comprender y aceptar lo que deberá hacer para el estudio.

Durante su participación en el estudio, podrá seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, podrá seguir recibiendo el cuidado de nuestro plan que no esté relacionado con el estudio.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** tiene que avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. **No** es necesario que los proveedores que le proporcionan cuidado como parte del estudio sean proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar los beneficios. Estos incluyen ciertos beneficios especificados conforme a las determinaciones nacionales de cobertura (national coverage determinations, NCD) y los ensayos de dispositivos de investigación (investigational device trials, IDE), y pueden estar sujetos a una preautorización y a otras reglas del plan.

Usted debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su Coordinador del Cuidado de la Salud **deberían comunicarse con Servicio al Cliente para avisarnos que participará en un ensayo clínico.**

Sección K2 Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario de un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio, y Medicare pagará los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su cuidado. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio,
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación, y
- el tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo cuidado.

Si participa en un estudio que Medicare **no aprobó**, usted tendrá que pagar todos los costos por participar en el estudio.

Sección K3 Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, puede leer la publicación “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección L Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud cuando recibe cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Sección L1 Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un lugar que proporciona el cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir el cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud.

Este beneficio es solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

Sección L2 Cómo recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, debe firmar un documento legal que afirme que usted se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es todo cuidado que es **voluntario** y **no requerido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es todo cuidado que **no es voluntario** y que se **requiere** según la ley federal, estatal o local.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com).

Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones.

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- Los servicios se limitan a los aspectos no religiosos del cuidado.
- Si usted recibe servicios en un centro, se aplica lo siguiente:
 - Los servicios deben ser para una condición médica que cubriríamos como cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o como cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.
 - Los límites de cobertura de Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados son los mismos que los que se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Sección M Equipo médico duradero (DME)

Sección M1 Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero incluye ciertos artículos indicados por un proveedor como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será el propietario de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección, se explica el equipo médico duradero que usted debe alquilar. Como miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care, por lo general, usted no adquirirá la propiedad del equipo médico duradero que alquile, sin importar cuánto tiempo lo haga.

Su Equipo de Cuidado de la Salud cumple un rol importante para determinar qué equipo es mejor para usted. Usted siempre será el propietario de ciertos artículos, como las prótesis, mientras que otros artículos se pueden alquilar durante un período específico para satisfacer las necesidades debido a una condición médica y luego se devuelven al proveedor al que se los alquiló.

Sección M2 Propiedad del equipo médico duradero cuando usted se cambia de One Care a Medicare Original o a Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren su propiedad después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de equipo médico duradero para adquirir su propiedad.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Nota: Puede encontrar definiciones de Medicare Original y de planes Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual **Medicare y Usted 2024**. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://www.medicare.gov)) o pedirla por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Usted deberá realizar 13 pagos consecutivos conforme a Medicare Original o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero si:

- no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o en un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el artículo de equipo médico duradero conforme a Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage no se toman en cuenta para alcanzar los pagos que usted debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos conforme a Medicare Original o una serie de nuevos pagos consecutivos establecida por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero.
- Una vez que regrese a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage, esta regla no admite excepciones.

Sección M3 Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno se debe devolver cuando deje de ser médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com).

Sección M4 Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, lo alquilará a un distribuidor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubrirán el equipo de oxígeno y los suministros y servicios indicados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**:

- su distribuidor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- su distribuidor debe proporcionar el equipo de oxígeno y los suministros durante 5 años como máximo si son médicamente necesarios.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- su distribuidor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier distribuidor.
- comienza un nuevo período de 5 años.
- usted alquilará el equipo a un distribuidor durante 36 meses.
- su distribuidor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- comienza un nuevo ciclo cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Usted puede preguntar a su plan Medicare Advantage qué equipos de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.

Capítulo 4

Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le explica los servicios que cubre UnitedHealthcare Connected for One Care y las restricciones a esos servicios o los límites en estos. También describe los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Sus servicios cubiertos.....	52
	Sección A1 Durante las emergencias de salud pública.....	52
Sección B	Reglas para que los proveedores no le cobren servicios.....	52
Sección C	La Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	52
Sección D	La Tabla de Beneficios.....	54
Sección E	Beneficios cubiertos fuera de UnitedHealthcare Connected for One Care.....	89
	Sección E1 Cuidados paliativos.....	89
	Sección E2 Servicios de Agencias Estatales.....	90
Sección F	Beneficios que no cubre UnitedHealthcare Connected for One Care, Medicare ni el programa MassHealth.....	90

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A Sus servicios cubiertos

Este capítulo le explica qué servicios cubre UnitedHealthcare Connected for One Care. También puede saber qué servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5 y la información sobre lo que usted paga por los medicamentos se encuentra en el Capítulo 6. Este capítulo también explica los límites en algunos servicios.

Con UnitedHealthcare Connected for One Care, usted no paga nada por los servicios cubiertos que se indican en este capítulo, siempre y cuando siga las reglas del plan. Para obtener información detallada sobre las reglas del plan, consulte el Capítulo 3. Esta Lista de Servicios Cubiertos es para su conocimiento general solamente. Llame a UnitedHealthcare Connected for One Care para obtener la información más actualizada. Las normas del programa MassHealth son uno de los factores que controlan los servicios y beneficios disponibles para usted. Para acceder a las normas del programa MassHealth:

- Visite el sitio web del programa MassHealth en mass.gov/masshealth; o
- Llame a Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, TTY: **711** (para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla), de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Sección A1 Durante las emergencias de salud pública

Durante una emergencia de salud pública declarada (p. ej., la pandemia de COVID-19), si usted recibe servicios médicamente necesarios de un proveedor fuera de la red en cualquier momento durante la emergencia de salud pública, llámenos para que le ayudemos a obtener el reembolso de cualquier gasto de su bolsillo en el que podría haber incurrido. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Sección B Reglas para que los proveedores no le cobren servicios

No permitimos que los proveedores de UnitedHealthcare Connected for One Care le facturen servicios cubiertos. Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos. Si esto llegara a ocurrir, consulte el Capítulo 7 o llame a Servicio al Cliente.

Sección C La Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios de la Sección D le explica qué servicios cubre el plan. La tabla indica y explica los servicios cubiertos.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

Pagaremos los servicios que se encuentran en la Tabla de Beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas. Usted no paga nada por los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

- Sus servicios cubiertos por Medicare y el programa MassHealth se deben prestar según las reglas establecidas por Medicare y el programa MassHealth.
- Los servicios (incluido el cuidado médico, el cuidado de la salud del comportamiento, los Apoyos y Servicios a Largo Plazo, otros servicios, los suministros y los equipos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesita razonablemente los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un asilo de convalecencia. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados y que no hay ningún otro servicio similar menos costoso que sea adecuado para usted.
- Usted recibe cuidado de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con UnitedHealthcare Connected for One Care. En la mayoría de los casos, el plan no cubrirá el cuidado que usted reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, encontrará más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios solamente están cubiertos si su Equipo de Cuidado de la Salud, su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se llama preautorización (prior authorization, PA). Los servicios cubiertos que necesitan una preautorización se indican en cursiva en la Tabla de Beneficios.
- Algunos de los servicios de la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si usted y su Equipo de Cuidado de la Salud deciden que son adecuados para usted y están en su Plan de Cuidado Individualizado (ICP).

Sección D La Tabla de Beneficios

Servicios generales que cubre nuestro plan

Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal

El plan cubre una ecografía de detección realizada por única vez para las personas en riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera especialista o especialista en enfermería clínica.

Servicios para el aborto

Acupuntura para el dolor lumbar crónico

El plan pagará hasta 12 visitas en 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, definido como:

- persistente por 12 semanas o más;
- no específico (sin causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa);
- no asociado con una cirugía; **y**
- no asociado con el embarazo.

El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted presenta mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura cada año.

Los tratamientos de acupuntura se deben interrumpir si usted no mejora o si empeora.

Además del máximo de 20 visitas cubiertas por Medicare, usted tiene un número ilimitado de visitas cubiertas por nuestro plan.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Servicios de salud diurnos para adultos

El plan cubre los servicios de los proveedores de servicios de salud diurnos para adultos en un programa organizado. Estos servicios pueden incluir los siguientes:

- servicios de enfermería y supervisión de la salud
 - terapia
 - ayuda con las actividades de la vida diaria
 - servicios nutricionales y dietéticos
 - servicios de asesoramiento
 - actividades
 - administración de casos
 - transporte
-

Servicios de cuidado tutelar de adultos

El plan cubre los servicios de los proveedores de cuidado tutelar de adultos en un centro residencial. Estos servicios pueden incluir los siguientes:

- ayuda con las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y el cuidado personal
 - supervisión
 - supervisión de enfermería
-

Asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol

El plan cubre la evaluación de consumo indebido de alcohol.

Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, el plan cubre sesiones de asesoramiento a cargo de un profesional médico o un proveedor de cuidado primario calificados en un centro de cuidado primario.

Servicios de ambulancia

Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea, en avión o helicóptero. La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle. Su condición debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su vida o su salud. Para otros casos, el plan debe aprobar los servicios de ambulancia.

En casos que **no** sean de emergencia, es posible que el plan pague una ambulancia. Su condición debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su vida o su salud.

Servicios de un audiólogo

El plan cubre los exámenes y las evaluaciones de un audiólogo (de audición).

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Medición de masa ósea

El plan cubre ciertos procedimientos para los miembros que califican (generalmente, aquellos que estén en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis).

Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o revelan la calidad ósea. El plan también cubrirá la interpretación de los resultados por parte de un médico.

Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)

El plan cubre mamografías y exámenes clínicos de seno.

Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)

El plan cubre los servicios de rehabilitación cardíaca, como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y contar con la indicación de un médico.

El plan también cubre programas para la rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca estándar.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (cardíaca) (terapia para enfermedad cardíaca)

El plan cubre visitas con su proveedor de cuidado primario para ayudarlo a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su médico puede:

- analizar el uso de aspirina,
 - controlarle la presión arterial, o
 - darle consejos para asegurarse de que usted se alimente bien.
-

Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares (cardíacas)

El plan cubre análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez. Estos análisis de sangre también detectan defectos debido a factores de alto riesgo de enfermedad cardíaca.

Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina

El plan cubre pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos.

Servicios quiroprácticos

El plan cubre ajustes de la columna vertebral para corregir desviaciones, visitas al consultorio y servicios para radiología.

Usted tiene cobertura para hasta 20 visitas cada año.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Examen de detección de cáncer colorrectal

El plan pagará los siguientes servicios:

- La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de un enema de bario o una colonoscopia de detección previos.
- Sigmoidoscopia flexible para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes que están en alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.
- Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses.
- Análisis multiobjetivo de ADN en heces fecales para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Análisis de Biomarcadores en Sangre para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Enema de Bario como alternativa a una colonoscopia para los pacientes que están en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.
- Enema de Bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no están en alto riesgo y que son mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.

A partir del 1 de enero de 2023, los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces fecales no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo.

Servicios de un centro de salud comunitario

El plan cubre los servicios de un centro de salud comunitario. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:

- visitas al consultorio de proveedores de cuidado primario y de especialistas
- obstetricia/ginecología (OB/GYN) y cuidado prenatal
- servicios pediátricos, incluidas las pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)
- información educativa sobre la salud
- servicios sociales médicos
- servicios de nutrición, que incluyen capacitación para el automanejo de la diabetes y terapia de nutrición clínica
- servicios para dejar de usar tabaco (incluso para embarazadas)
- vacunas que no están cubiertas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH)

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco

Como servicio preventivo, el plan cubre el asesoramiento para intentar dejar el tabaco, incluso para embarazadas.

Cubrimos 8 sesiones adicionales de asesoramiento, aparte de la cobertura de Medicare, por cada año calendario.

Servicios para la habilitación diurna

El plan cubre un programa de servicios ofrecidos por proveedores de habilitación diurna si usted califica porque tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo. En este programa, usted desarrolla un plan de servicios que incluye sus metas y objetivos, y las actividades para ayudarle a cumplirlos. Estos servicios pueden incluir los siguientes:

- servicios de enfermería y supervisión del cuidado de la salud
 - capacitación en habilidades del desarrollo
 - servicios de terapia
 - capacitación en habilidades para la vida/vida diaria para adultos
-

Servicios dentales

El plan cubre el cuidado de la salud bucal preventivo, restaurativo y de emergencia.

Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales que preceden a un trasplante de riñón.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Evaluación de depresión

El plan cubre la evaluación de depresión. La evaluación se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y referencias.

Pruebas de detección de la diabetes

El plan cubre las pruebas de detección de la diabetes (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas).

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes

El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes o prediabetes (incluso si no usan insulina):

- Suministros para medir la glucosa en la sangre (glucemia), incluidos los siguientes:
 - Un medidor de glucosa en la sangre (los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.)
 - Tiras para medir la glucosa en la sangre (las tiras para medir la glucosa cubiertas incluyen: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.)
 - Lancetas y dispositivos para lancetas
 - Soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los glucómetros y las tiras para medir la glucosa
- Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, el plan cubre lo siguiente:
 - Zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyen las plantillas), o
 - Zapatos profundos (incluyen las plantillas extraíbles estándar)

El plan también cubrirá el ajuste de zapatos terapéuticos hechos a medida o zapatos profundos.

- En algunos casos, el plan cubre la capacitación para ayudarle a manejar la diabetes.

Es posible que se requiera una preautorización para algunos artículos o servicios. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Equipo médico duradero (DME), incluidos los suministros, los repuestos, la capacitación, las modificaciones y las reparaciones relacionados

(En el Capítulo 12, así como en la Sección M del Capítulo 3 de esta guía, usted puede encontrar una definición de “Equipo médico duradero [DME]”).

Los siguientes artículos son ejemplos del equipo médico duradero que está cubierto:

- sillas de ruedas
- muletas
- sistemas de colchones motorizados
- suministros para la diabetes
- camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio
- bombas de infusión intravenosa (IV)
- dispositivos para la generación del habla
- equipos de oxígeno y suministros
- nebulizadores
- andadores

Podría haber otros artículos de equipo médico duradero cubiertos, incluidos los dispositivos ambientales o la tecnología asistencial/de adaptación. El plan también podría cubrir capacitación sobre cómo usar, modificar o reparar su artículo de equipo médico duradero. Su Equipo de Cuidado de la Salud colaborará con usted para decidir si estos otros servicios y artículos de equipo médico duradero son adecuados para usted, y si se incluirán en su Plan de Cuidado Individualizado (ICP).

Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que suelen pagar Medicare y el programa MassHealth. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede pedirle si puede realizar un pedido especial para usted.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Cuidado médico de emergencia

“Cuidado de emergencia” significa servicios que son:

- prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias, **y**
- necesarios para tratar una emergencia médica.

Una “emergencia médica” es una condición médica que cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina considere que es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, podría tener las siguientes consecuencias:

- un riesgo grave para su salud o la de su feto; **o**
- un daño grave en las funciones corporales; **o**
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - no hay suficiente tiempo para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto; **o**
 - el traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su feto.

Cubrimos el cuidado de emergencia dentro de los Estados Unidos y sus territorios.

Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe volver a un hospital de la red para que se siga pagando su cuidado. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir su cuidado como paciente hospitalizado solamente si el plan aprueba su estadía.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Servicios para la planificación familiar

Usted puede elegir cualquier proveedor dentro de la red o fuera de la red de UnitedHealthcare Connected for One Care o un proveedor del programa MassHealth para recibir ciertos servicios para la planificación familiar. Esto significa que puede elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.

El plan cubre los siguientes servicios:

- Examen y tratamiento médico para la planificación familiar
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico para la planificación familiar
- Métodos de planificación familiar (píldoras, parche, anillo, dispositivo intrauterino [DIU], inyecciones o implantes anticonceptivos)
- Suministros para la planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, lámina, diafragma o capuchón)
- Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad
- Asesoramiento y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI), del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y de otras condiciones relacionadas con el VIH
- Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI)
- Esterilización voluntaria. (Usted debe ser mayor de 21 años y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Deben pasar al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía.)
- Asesoramiento genético
- Centros de maternidad autónomos

El plan también pagará algunos otros servicios para la planificación familiar. Sin embargo, usted debe usar un proveedor dentro de la red del plan para los siguientes servicios:

- Tratamiento para condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada)
- Tratamiento del SIDA y de otras condiciones relacionadas con el VIH
- Pruebas genéticas (según lo recomendado por un asesor de genética dentro de la red y realizados por un laboratorio dentro de la red. *Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.*)

Cuidado de Reafirmación de Género

La disforia de género describe la insatisfacción grave que siente una persona sobre su sexo biológico o género asignado al nacer.

El plan cubre el tratamiento de la disforia de género, incluidos los servicios de reasignación de sexo. Los servicios de cuidado de reafirmación de género pueden incluir los siguientes: hormonoterapia, mastectomía, aumento de senos, histerectomía, salpingectomía, ovariectomía o cirugía reconstructiva genital.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Cuidado tutelar de adultos en grupo

El plan cubre los servicios prestados por proveedores de cuidado tutelar de adultos en grupo para los miembros que califican. Estos servicios se ofrecen en un entorno de vivienda con apoyo de grupo y pueden incluir los siguientes:

- ayuda con las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y el cuidado personal
 - supervisión
 - supervisión de enfermería
 - administración del cuidado de la salud
-

Programas de educación sobre la salud y el bienestar

El plan cubre todos los programas de educación sobre la salud y el bienestar que están cubiertos por Medicare y por el programa MassHealth. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- tratamiento del tabaquismo (consulte también “Asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco” anteriormente en esta sección)
- acceso a Nurse Hotline disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (consulte la Sección C del Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo acceder a Nurse Hotline)
- información educativa sobre la salud (consulte “Servicios de un centro de salud comunitario” anteriormente en esta sección)
- información educativa sobre la nutrición (consulte también “Servicios de un centro de salud comunitario” anteriormente en esta sección y “Terapia de nutrición clínica” más adelante en esta sección para obtener más información sobre los servicios cubiertos)
- educación y capacitación para el automanejo de la diabetes (consulte también “Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes” anteriormente en esta sección para obtener más información)
- servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado (consulte también “Suministros y servicios para tratar la enfermedad renal [del Riñón]” más adelante en esta sección para obtener más información)

Es posible que se requiera una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Servicios para la audición, incluidos los aparatos auditivos

El plan cubre los exámenes de audición y del equilibrio que le realice su proveedor. Estos exámenes le indicarán si usted necesita tratamiento médico. Están cubiertos como cuidado para pacientes ambulatorios cuando usted los recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.

El plan también cubre lo siguiente:

- provisión y suministro de aparatos auditivos, baterías y accesorios
- instrucciones de uso, cuidado y manejo de los aparatos auditivos
- moldes para los oídos
- impresiones de los oídos
- préstamo de un aparato auditivo, cuando sea necesario

Usted tiene cobertura para un número ilimitado de exámenes de audición de rutina y de evaluaciones/ajustes de los aparatos auditivos. Tiene cobertura para dos aparatos auditivos tanto externos (dentro del oído, fuera del oído o sobre la oreja) como internos (por conducción aérea y ósea) cada 5 años.

Es posible que se requiera una preautorización para algunos servicios o artículos. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud. No se necesita una preautorización para los exámenes de audición de rutina.

Prueba de detección del VIH

El plan cubre pruebas y exámenes de detección del VIH.

Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio

El plan cubre los servicios prestados por una agencia de asistencia médica a domicilio, que incluyen:

- servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o de manera intermitente (para que estén cubiertos por el beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio combinados deben sumar un total de menos de 8 horas por día y de 35 horas por semana, con ciertas excepciones)
- fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- servicios médicos y sociales
- transporte para recibir su cuidado o sus servicios
- equipo y suministros médicos

Es posible que se requiera una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio

El plan cubre los servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio, bajo la supervisión de una Enfermera Titulada con licencia u otro profesional, para los miembros que califican. Los servicios pueden incluir los siguientes:

- cambios de vendajes simples
- ayuda con medicamentos
- actividades para apoyar terapias especializadas
- cuidado de rutina de prótesis y ortesis

Es posible que se requiera una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Terapia de infusión a domicilio

El plan pagará la terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel, y se le proporcionan en su domicilio. Para realizar la infusión a domicilio, se necesita lo siguiente:

- El medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina;
- Equipo, como una bomba; **y**
- Suministros, como tubos o un catéter.

El plan cubrirá los servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros:

- Servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según su plan de cuidado;
 - Capacitación y educación del miembro que no se incluyan ya en el beneficio de equipo médico duradero;
 - Monitoreo remoto; **y**
 - Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un distribuidor calificado de terapia de infusión a domicilio.
-

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Cuidados paliativos

Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

El plan pagará lo siguiente mientras usted reciba servicios de cuidados paliativos:

- Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor
- Relevo del cuidador a corto plazo
- Cuidado a domicilio

Si usted decide recibir cuidados paliativos en un centro de enfermería, UnitedHealthcare Connected for One Care cubrirá el costo de la habitación y comida.

Los servicios de cuidados paliativos y los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare.

- Consulte la Sección E1 de este capítulo, que comienza en la página 89, para obtener más información.

Por servicios que están cubiertos por UnitedHealthcare Connected for One Care, pero que no están cubiertos por la Parte A ni B de Medicare:

- UnitedHealthcare Connected for One Care cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A ni B de Medicare, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de UnitedHealthcare Connected for One Care:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si necesita cuidados paliativos o cuidados que no sean paliativos, debe llamar a su Coordinador del Cuidado de la Salud para que le ayude a hacer los arreglos necesarios para estos servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal.

Nuestro plan cubre servicios de consultoría sobre cuidados paliativos (por única vez) para personas que tengan una enfermedad terminal y que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Vacunas

El plan cubre ciertas vacunas como:

- Pulmonía
 - Vacunas antigripales
 - Vacuna contra la hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B
 - Vacuna contra la COVID-19
 - Otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare
 - Otras vacunas que cumplen las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare o del programa MassHealth. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6.
-

Enfermería independiente

El plan cubre el cuidado de una enfermera en su domicilio. La enfermera podría trabajar para una agencia de asistencia médica a domicilio, o bien ser una enfermera independiente.

Es posible que se requiera una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Cuidado de la salud del comportamiento para pacientes hospitalizados

Servicios para pacientes hospitalizados, tales como:

- servicios de salud mental para pacientes hospitalizados para evaluar y tratar una condición psiquiátrica aguda
- servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados
- camas de observación/supervisión
- servicios diurnos necesarios por cuestiones administrativas

En este plan, no hay límite de por vida en el número de días que un miembro puede estar en un centro de cuidado de la salud del comportamiento para pacientes hospitalizados.

Se necesita una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados

El plan cubre las estadías como paciente hospitalizado que sean médicamente necesarias. Usted debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.

El plan cubre servicios que incluyen:

- Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria)
- Comidas, incluso dietas especiales
- Servicios de enfermería regulares
- Costos de unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario
- Medicamentos y principios activos
- Pruebas de laboratorio
- Radiografías y otros servicios para radiología
- Suministros quirúrgicos y médicos
- Aparatos, como sillas de ruedas
- Servicios de quirófano y de sala de recuperación
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados
- Sangre, incluso su almacenamiento y administración a partir de la primera pinta
 - El plan cubre la sangre entera, los concentrados de glóbulos rojos y todos los demás componentes de la sangre.
- Servicios de un médico
- Trasplantes, que incluyen de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted puede recibir sus servicios para trasplantes localmente o en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad. Si UnitedHealthcare Connected for One Care presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad y usted decide realizarse su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de viaje y alojamiento para usted y un acompañante.

Se necesita una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Examen de detección de cáncer de pulmón

El plan pagará un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:

- Tiene entre 50 y 77 años, **y**
- Realiza una visita de asesoramiento y toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, **y**
- Fumó al menos 1 paquete de cigarrillos por día durante 20 años y no tiene signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma actualmente **o** ha dejado de hacerlo en los últimos 15 años.

Después del primer examen de detección, el plan pagará otro cada año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.

Terapia de nutrición clínica

El plan cubre los servicios de asesoramiento y terapia de diagnóstico nutricional para ayudarle a manejar una condición médica (como la enfermedad renal).

Transporte médicamente necesario que no es de emergencia

El plan cubre el transporte que usted necesite por razones médicas que no sean situaciones de emergencia.

Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)

El plan pagará los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare. Este programa está diseñado para ayudarle a aumentar sus hábitos saludables. Proporciona capacitación práctica en:

- cambio dietario a largo plazo, **y**
 - mayor actividad física, **y**
 - estrategias para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.
-

Servicios generales que cubre nuestro plan

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare

Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. UnitedHealthcare Connected for One Care cubrirá los siguientes medicamentos:

- Medicamentos que, en general, usted no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria
- Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)
- Otros medicamentos que usted se administra a través de equipo médico duradero (como los nebulizadores) que fueron autorizados por el plan
- Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia
- Medicamentos inmunodepresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento en que recibió el trasplante de órgano
- Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted está recluida en el domicilio, tiene una fractura que un médico certifica que tuvo relación con la osteoporosis después de la menopausia y usted no puede autoinyectarse el medicamento
- Antígenos
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas
- Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, que incluyen la heparina, el antídoto de la heparina (cuando sea médicamente necesario), los anestésicos tópicos y los agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa)
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria

También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D de Medicare, como las dosis de refuerzo contra el herpes zóster o el tétano. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre la cobertura.

El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.

También explica las reglas que usted debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Cuidado en un centro de enfermería

Con cobertura para los servicios de salud básicos

Nurse Hotline

La cobertura incluye acceso a un sistema de número gratuito las 24 horas del día, los 7 días de la semana con acceso a una enfermera titulada.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida

El plan cubre el asesoramiento para ayudarle a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de cuidado primario. De esa manera, se lo puede manejar junto con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidado primario para saber más.

Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos (OTP)

El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opiáceos (OUD):

- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas
- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de dichos medicamentos
- Asesoramiento relacionado con los trastornos por consumo de sustancias
- Terapia individual y de grupo
- Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)

Servicios de ortesis

El plan cubre abrazaderas ortopédicas y otros dispositivos mecánicos o hechos a medida (no frenos dentales) para apoyar o corregir la forma o la función del cuerpo humano.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Servicios para la salud del comportamiento de pacientes ambulatorios

El plan cubre servicios para la salud del comportamiento prestados por los siguientes proveedores:

- un psiquiatra o un médico con licencia del estado
- un psicólogo clínico
- un trabajador social clínico,
- un especialista en enfermería clínica
- un asesor profesional con licencia (LPC)
- un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT)
- una enfermera especialista (NP)
- un asistente médico (PA), o
- cualquier otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes.

El plan cubre servicios que incluyen:

- tratamiento individual, de grupo y de pareja/familiar
- visita médica
- evaluación de diagnóstico
- consulta familiar
- consulta de casos
- consulta psiquiátrica en una unidad médica para pacientes hospitalizados
- visita de transición de paciente hospitalizado a ambulatorio
- tratamiento de acupuntura
- terapia de reemplazo de opiáceos
- desintoxicación ambulatoria (Nivel II.d)
- pruebas psicológicas

Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCCommunityPlan.com.**

Servicios generales que cubre nuestro plan

Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios

El plan cubre servicios que incluyen:

- Radiografías
- Radioterapia (con radioisótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico
- Suministros quirúrgicos, como vendajes
- Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones
- Pruebas de laboratorio
- Sangre. El plan pagará el almacenamiento y la administración a partir de la primera pinta
- Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Medicamentos para pacientes ambulatorios

Lea el Capítulo 5 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos y el Capítulo 6 para obtener información sobre lo que usted paga por medicamentos.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

El plan cubre los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

El plan cubre servicios que incluyen:

- Servicios en un Departamento de Emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios
 - Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si usted necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”.
 - A veces, usted puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un “paciente ambulatorio”.
 - Puede obtener más información sobre el hecho de ser un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio en esta hoja informativa:
[medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf)
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital
- Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado
- Radiografías y otros servicios para radiología facturados por el hospital
- Suministros médicos como férulas y yesos
- Servicios y exámenes preventivos indicados en la Tabla de Beneficios
- Algunos medicamentos que usted no se puede administrar solo

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios

El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los Departamentos para Pacientes Ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes, los centros para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios

El plan cubre servicios que incluyen:

- Acupuntura
- Desintoxicación ambulatoria (nivel II)
- Terapia de Ayuda con Medicamentos

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud.

Cirugía para pacientes ambulatorios

El plan cubre servicios y cirugías para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Equipo para oxigenoterapia y terapia respiratoria

El plan cubre servicios que incluyen sistemas de oxígeno, recargas y alquiler de equipo para oxigenoterapia.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Servicios de un asistente para el cuidado personal

El plan cubre los servicios de un asistente para el cuidado personal para que le ayude con las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria si usted califica. Estas actividades incluyen, por ejemplo:

- bañarse
- preparar comidas y comer
- vestirse y asearse
- manejo de medicamentos
- moverse de un lugar a otro
- ir al baño
- trasladarse
- lavado de ropa
- limpieza de la casa

Estos servicios también pueden incluir Servicios de Asistencia Personal, como dar indicaciones y supervisar.

Usted puede contratar a un trabajador usted mismo o usar una agencia para que contrate a uno para usted.

Un trabajador puede ayudarle con las tareas prácticas. El plan también puede pagar a un trabajador para que le ayude, incluso si usted no necesita ayuda práctica. Su Equipo de Cuidado de la Salud colaborará con usted para decidir si dicho servicio es adecuado para usted y si se incluirá en su Plan de Cuidado Individualizado (ICP).

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico

El plan cubre los siguientes servicios.

- Servicios quirúrgicos o para el cuidado de la salud médicamente necesarios prestados en lugares como:
 - el consultorio de un médico
 - un centro de cirugía ambulatoria certificado
 - el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital
- Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista
- Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su proveedor de cuidado primario o especialista, si su médico los indica para saber si usted necesita tratamiento
- Visitas de telesalud cubiertas independientemente del sitio. Estas visitas pueden incluir consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un médico o profesional médico.
 - Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud.
- Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral
- Servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno concomitante de salud mental
- Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:
 - Usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud
 - Realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud
 - Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias
- Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal

Este beneficio continúa en la página siguiente

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)

- Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) de 5 a 10 minutos con su médico si:
 - usted no es un paciente nuevo **y**
 - la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
 - la consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible
- Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su médico, y la interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si:
 - usted no es un paciente nuevo **y**
 - la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
 - la evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible
- Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud, si usted no es un paciente nuevo
- Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía
- Cuidado dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a los siguientes:
 - cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas
 - reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales
 - extracción de dientes antes de la radioterapia del cáncer tumoral, **o**
 - servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico

Servicios de un médico, una enfermera especialista y una enfermera partera

El plan cubre los servicios de un médico, una enfermera especialista y una enfermera partera. Estas actividades incluyen, por ejemplo:

- visitas al consultorio de proveedores de cuidado primario y de especialistas
 - obstetricia/ginecología y cuidado prenatal
 - capacitación para el automanejo de la diabetes
 - terapia de nutrición clínica
 - servicios para dejar de usar tabaco (incluso para embarazadas)
-

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Servicios de podiatría

El plan cubre los siguientes servicios:

- Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como los dedos en martillo o los espolones calcáneos)
- Cuidado de los pies de rutina para miembros con condiciones que afectan a las piernas, como la diabetes

Número ilimitado de servicios para el cuidado de los pies de rutina para todos los miembros.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Terapias Digitales con Receta

El plan cubre reSET y reSET-O, que son aplicaciones para terapia cognitivo-conductual de 12 semanas de duración a pedido; estas se pueden descargar en un teléfono inteligente.

Esta terapia está indicada para adultos que están siendo tratados en un programa de tratamiento para pacientes ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias y trastornos por consumo de opiáceos. El tratamiento con reSET-O se debería combinar con una terapia que incluya buprenorfina transmucosa.

Consulte a su proveedor y al Plan One Care para determinar si esto le surtirá efecto. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

Servicios de Enfermería Privada

Se definen como los servicios de enfermería especializada prestados en el domicilio. Estos servicios se basan en la necesidad médica y están sujetos a una preautorización. La duración de los servicios se determinará caso por caso.

Exámenes de detección de cáncer de próstata

Para los hombres mayores de 50 años, el plan pagará los siguientes servicios una vez cada 12 meses:

- Tacto rectal
 - Prueba de antígeno prostático específico (PSA)
-

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Prótesis y suministros relacionados

Las prótesis reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. El plan cubre servicios que incluyen:

- Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía
- Marcapasos
- Abrazaderas ortopédicas
- Zapatos protésicos
- Brazos y piernas artificiales
- Prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía)

Además, el plan cubre algunos suministros relacionados con las prótesis. El plan también cubre la reparación o el reemplazo de prótesis.

El plan ofrece cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte “Cuidado de la Vista” más adelante en esta sección.

El plan no cubrirá prótesis dentales.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Servicios de rehabilitación pulmonar

El plan cubre programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave. El miembro debe tener una indicación para rehabilitación pulmonar del médico o del proveedor que trate la EPOC.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Servicios y suministros para tratar la enfermedad renal (del Riñón)

El plan cubre los siguientes servicios:

- Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado.
 - Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe referirle.
 - El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal.
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluso tratamientos de diálisis cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3
- Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados, si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial
- Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio
- Equipos y suministros para diálisis en el domicilio
- Ciertos servicios de apoyo en el domicilio, por ejemplo, visitas necesarias de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua

Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. **Para obtener información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.**

Servicios para el Cuidado Respiratorio

El plan cubre servicios para el cuidado respiratorio. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y contar con la indicación de un médico. La duración y la intensidad de los servicios se determinará caso por caso.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas

El plan cubre pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Un proveedor de cuidado primario debe indicar las pruebas.

El plan también cubre sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona. El plan cubre estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo únicamente si están a cargo de un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben tener lugar en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

Servicios generales que cubre nuestro plan

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)

El plan cubre servicios que incluyen:

- Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria
- Comidas, incluso dietas especiales
- Servicios de enfermería
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Medicamentos que usted obtiene como parte de su plan de cuidado, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre
- Sangre, incluso su almacenamiento y administración a partir de la primera pinta
 - El plan pagará la sangre entera y los concentrados de glóbulos rojos.
 - El plan pagará todos los demás componentes de la sangre a partir de la primera pinta usada.
- Suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan los centros de enfermería
- Pruebas de laboratorio que se realizan en los centros de enfermería
- Radiografías y otros servicios para radiología que se realizan en los centros de enfermería
- Aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería
- Servicios de un médico/proveedor

Por lo general, usted recibirá cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan.

- Un asilo de convalecencia o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería)
- Un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital

No se requieren tres días de estadía en el hospital. Se requiere una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Servicios generales que cubre nuestro plan

Terapia de ejercicios supervisada (SET)

El plan pagará la terapia de ejercicios supervisada para miembros con arteriopatía periférica (PAD) sintomática. El plan pagará:

- Si se cumplen todos los requisitos de la terapia de ejercicios supervisada, hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas
- Unas 36 sesiones adicionales con el transcurso del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud las considera médicamente necesarias

El programa de terapia de ejercicios supervisada debe:

- Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la arteriopatía periférica en miembros con calambres de piernas debido a la mala circulación sanguínea (claudicación)
- Ser en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico
- Ser prestado por personal calificado que se asegure de que el beneficio exceda los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para arteriopatía periférica
- Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica, capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado

Programa de Servicios en Vivienda de Transición

El plan cubre los servicios prestados por un proveedor de servicios en vivienda de transición para los miembros que califican. Estos servicios se prestan en un centro residencial y pueden incluir los siguientes:

- Servicios de un asistente para el cuidado personal
 - Supervisión de enfermería en el sitio las 24 horas del día
 - Comidas
 - Entrenadores de habilidades
 - Ayuda con las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (p. ej., lavar la ropa, ir de compras, limpiar)
-

Servicios generales que cubre nuestro plan

Cuidado requerido de urgencia

El cuidado requerido de urgencia es el cuidado que se proporciona para tratar lo siguiente:

- una situación que no es de emergencia (no incluye servicios para el cuidado primario de rutina)
- una enfermedad repentina
- una lesión
- una condición que necesita cuidado inmediatamente

Si usted necesita cuidado requerido de urgencia, primero debe intentar recibirlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda visitar a un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero que no es una emergencia médica).

Con cobertura dentro de los Estados Unidos y sus territorios.

Cuidado de la vista

El plan pagará lo siguiente:

- Exámenes completos de la vista
- Ejercicios oculares
- Anteojos
- Lentes de contacto y otros artículos para la vista

El plan cubre servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos. Por ejemplo, exámenes anuales de la vista para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.

Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, el plan cubre exámenes de glaucoma.

Cubre anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular.

Usted tiene cobertura para un par de lentes de contacto o de anteojos (lentes y marcos) cada 2 años.

Es posible que se necesite una preautorización. Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud. No se necesita una preautorización para los exámenes de la vista de rutina.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

Servicios generales que cubre nuestro plan

Visita Preventiva “Bienvenido a Medicare”

El plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. Esta visita incluye:

- una revisión de su salud;
- educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesite (incluidos los exámenes de detección y las vacunas), **y**
- referencias para recibir otro cuidado, si lo necesita.

Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en los que tiene la Parte B de Medicare.

Visita de bienestar

El plan cubre exámenes médicos de bienestar para crear o actualizar un plan de prevención.

Además de los servicios generales, nuestro plan también cubre servicios para el cuidado de la salud del comportamiento en la comunidad. A veces se les llama “servicios alternativos para la salud del comportamiento”. Estos son los servicios que usted tal vez pueda usar en lugar de ir al hospital o a un centro por algunas necesidades de salud del comportamiento. Su Equipo de Cuidado de la Salud colaborará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si se incluirán en su Plan de Cuidado Individualizado (ICP).

Servicios para el cuidado de la salud en la comunidad (alternativos) que cubre nuestro plan

Estos servicios incluyen los siguientes:

- Servicios Intensivos de Control Médico – Servicios de Tratamiento Agudo (ATS) para trastornos por consumo de sustancias
- Servicios residenciales de alta intensidad específicos de la población y administrados clínicamente* (consulte la Nota a continuación)
- Servicios de estabilización clínica para trastornos por consumo de sustancias
- Estabilización de Crisis en la Comunidad
- Programa de Apoyo Comunitario (CSP), que incluye el Programa de Apoyo Comunitario para personas sin hogar, el Programa de Apoyo Comunitario para casos relacionados con la justicia y el Programa para la Preservación del Alquiler*
- Programa de Servicios para Emergencias (ESP)
 - Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud.
- Servicios residenciales de rehabilitación optimizados y concomitantes para trastornos por consumo de sustancias
- Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios (IOP)
- Programa de Hospitalización Parcial (PHP)

“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario.

 - Es más intenso que el cuidado que usted recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarle a no tener que quedarse en el hospital.
 - *Comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud para saber si se necesita una preautorización.*
- Programa de Tratamiento Aserivo Comunitario (PACT)
- Tratamiento psiquiátrico diurno
- Asesoramiento para la recuperación
- Navegadores de apoyo para la recuperación
- Servicios residenciales de rehabilitación
- Programa Estructurado para Adicciones para Pacientes Ambulatorios (SOAP)
- Servicios de Apoyo de Transición (TSS) para trastornos por consumo de sustancias

Nota: Es posible que estos servicios no estén disponibles al comienzo del año del plan a través de su plan One Care. Si tiene preguntas, comuníquese con su plan One Care.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Nuestro plan también cubre servicios en la comunidad para promover el bienestar, la recuperación, el automanejo de condiciones crónicas y la vida independiente. Estos servicios también pueden ayudarle a permanecer fuera del hospital o de un centro de enfermería. Su Equipo de Cuidado de la Salud colaborará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si se incluirán en su Plan de Cuidado Individualizado (ICP).

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan

Ayuda con transiciones del cuidado

El plan cubre los servicios para ayudar con las transiciones entre los lugares de cuidado para los miembros que califican. Estos servicios pueden incluir los siguientes:

- coordinación de información entre sus proveedores
- seguimiento después de su estadía en un centro o como paciente hospitalizado
- educación sobre su condición de salud
- referencias

Trabajadores de salud comunitarios

El plan cubre los servicios prestados por trabajadores de salud comunitarios, que pueden incluir los siguientes:

- información educativa sobre la salud en su domicilio o en la comunidad
- ayuda para recibir los servicios que usted necesite
- asesoramiento, apoyo y evaluaciones

Los servicios de un trabajador de salud comunitario significan que usted recibirá ayuda de alguien que le defenderá y que entiende su cultura, sus necesidades y sus preferencias

Servicios diurnos

El plan cubre actividades diarias estructuradas en un programa para ayudarle a aprender las habilidades que usted necesite para vivir de la manera más independiente posible en la comunidad. Las habilidades están diseñadas para satisfacer sus necesidades y pueden incluir lo siguiente:

- habilidades para la vida diaria
- capacitación en comunicación
- habilidades prevocacionales
- habilidades de socialización

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan

Servicios de cuidado a domicilio

El plan cubre los servicios de cuidado a domicilio prestados en su domicilio o en su comunidad si usted califica. Estos servicios pueden incluir los siguientes:

- un trabajador para ayudarle con las tareas del hogar
 - un trabajador para ayudarle con sus tareas cotidianas y el cuidado personal. La ayuda puede ser práctica, con indicaciones o con supervisión de estas tareas.
 - capacitación o actividades para mejorar sus habilidades para vivir en la comunidad y ayudarle a defenderse
-

Modificaciones en el domicilio

El plan cubre las modificaciones en su domicilio si usted califica. Las modificaciones deben diseñarse para proteger su salud, bienestar y seguridad, o para que usted sea más independiente en su domicilio. Las modificaciones pueden incluir lo siguiente:

- rampas
 - barras de sujeción
 - ensanchamiento de las entradas
 - sistemas especiales para equipo médico
-

Manejo de medicamentos

El plan cubre los servicios para el manejo de medicamentos de parte de un trabajador de apoyo si usted califica. El trabajador de apoyo le ayudará a tomar sus medicamentos con y sin receta. El servicio puede incluir lo siguiente:

- recordarle que tome sus medicamentos
 - comprobar el paquete de los medicamentos
 - observarle mientras usted toma sus medicamentos
 - anotar cuándo usted toma sus medicamentos
 - abrir los medicamentos y leerle las etiquetas
-

Transporte no médico

El plan cubre el transporte a servicios y actividades en la comunidad que le ayudan a mantenerse independiente y activo en su comunidad.

Su cobertura se limita a 8 viajes en una sola dirección por mes.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCCommunityPlan.com**.

Servicios en la comunidad que cubre nuestro plan

Navegación/asesoramiento/apoyo de pares

El plan cubre servicios de capacitación, formación y tutoría si usted califica. Estos servicios le ayudarán a defenderse y a participar en su comunidad. Usted puede recibir estos servicios de un par o en pequeños grupos.

Relevo del cuidador

El plan cubre los servicios de relevo del cuidador si su cuidador principal necesita un descanso o no va a estar a su disposición por un corto plazo. Estos servicios se pueden prestar en situaciones de emergencia o planificarse con antelación. Si se planifican con antelación, los servicios se podrían prestar en su hogar o durante una estadía a corto plazo en un centro de cuidado tutelar de adultos, un centro de servicios de salud diurno para adultos, un centro de enfermería, una vivienda asistida, una casa de reposo o un hospital.

Sección E Beneficios cubiertos fuera de UnitedHealthcare Connected for One Care

Los siguientes servicios no están cubiertos por UnitedHealthcare Connected for One Care, pero están disponibles a través de Medicare, el programa MassHealth o una Agencia Estatal.

Sección E1 Cuidados paliativos

Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios de la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que paga UnitedHealthcare Connected for One Care mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos.

Por servicios de cuidados paliativos y por servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:

- Medicare pagará los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal (excepto cuidado de emergencia o cuidado requerido de urgencia):

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- El proveedor facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de UnitedHealthcare Connected for One Care:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si necesita cuidados paliativos o cuidados que no sean paliativos, debe llamar a su Coordinador del Cuidado de la Salud para que le ayude a hacer los arreglos necesarios para los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal.

Sección E2 Servicios de Agencias Estatales

Rehabilitación Psicosocial y Administración de Casos Dirigida a Grupos Específicos

Si usted está recibiendo Rehabilitación Psicosocial del Departamento de Salud Mental o Administración de Casos Dirigida a Grupos Específicos del Departamento de Salud Mental o del Departamento de Servicios para el Desarrollo, la agencia estatal seguirá prestando directamente sus servicios. Sin embargo, UnitedHealthcare Connected for One Care le ayudará a coordinar con estos proveedores como parte de su Plan de Cuidado Individualizado (ICP) general.

Habitación y Comida en Casa de Reposo

Si usted vive en una casa de reposo y se inscribe en One Care, el Departamento de Ayuda para la Transición seguirá siendo responsable de sus pagos de habitación y comida.

Sección F Beneficios que no cubre UnitedHealthcare Connected for One Care, Medicare ni el programa MassHealth

Esta sección explica los tipos de beneficios que están excluidos por el plan. “Excluidos” significa que el plan no paga estos beneficios. Medicare y el programa MassHealth tampoco los pagarán.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no tienen cobertura del plan en ningún caso, y otros que están excluidos por el plan solamente en algunos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que aparecen en esta sección (o en cualquier otra parte de esta **Guía para Miembros**), excepto en los casos específicos indicados. Aunque usted reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted piensa que deberíamos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por nuestro plan.**

- Servicios que no sean médicamente necesarios según las normas de Medicare y del programa MassHealth.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al 1-866-633-4454, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.

- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar, excepto según lo permitido para la asistencia para el cuidado personal o el cuidado tutelar de adultos.
- Servicios o procedimientos para mejoras electivas o voluntarias (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, función sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, prevención del envejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, salvo que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y se incluyan en el costo de la abrazadera, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros artículos para la baja visión.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Estos medicamentos son los que le indica su proveedor y que usted obtiene en una farmacia o una farmacia de pedidos por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y por el programa MassHealth. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

UnitedHealthcare Connected for One Care también cubre los siguientes medicamentos, pero **no** se detallarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare, que incluyen algunos medicamentos que le administran mientras usted esté en un hospital o en un centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, que incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones que recibe durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, y los medicamentos que obtiene en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección:

1. Un médico u otro proveedor debe emitir su receta, que debe ser válida conforme a la ley estatal vigente. Esta persona, a menudo, es su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de cuidado primario le dio una referencia para que usted reciba cuidado de ese proveedor.
2. El profesional que le receta no debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare.
3. Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta.
4. Generalmente, su medicamento recetado debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** del plan. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.
 - Si no está en la Lista de Medicamentos, es posible que lo cubramos si hacemos una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para saber cómo solicitar una excepción.
5. Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Índice

Sección A	Cómo surtir sus recetas.....	95
Sección A1	Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red.....	95
Sección A2	Use su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta una receta.....	95
Sección A3	Qué puede hacer si cambia a una farmacia de la red diferente....	95
Sección A4	Qué puede hacer si su farmacia deja la red.....	95
Sección A5	Uso de una farmacia especializada.....	96
Sección A6	Uso de los servicios de pedidos por correo para surtir una receta.....	96
Sección A7	Cómo obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos con receta.....	98
Sección A8	Uso de una farmacia que no está dentro de la red del plan.....	98
Sección A9	Cómo obtener un reembolso si usted paga un medicamento con receta.....	99
Sección B	La Lista de Medicamentos del plan	100
Sección B1	Medicamentos de la Lista de Medicamentos.....	100
Sección B2	Cómo buscar un medicamento en la Lista de Medicamentos.....	100
Sección B3	Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos.....	101
Sección B4	Niveles de la Lista de Medicamentos.....	102
Sección C	Límites en algunos medicamentos con receta	102
Sección D	Motivos por los que sus medicamentos con receta podrían no estar cubiertos.....	103
Sección D1	Cómo obtener un suministro temporal.....	104
Sección E	Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	106
Sección F	Cobertura de medicamentos con receta en casos especiales.....	108
Sección F1	Si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan.....	108
Sección F2	Si está en un centro de cuidado a largo plazo.....	108
Sección F3	Si está en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare.....	108

Sección G	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos	109
Sección G1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura	109
Sección G2	Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos con receta	109
Sección G3	Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos.....	110

Sección A Cómo surtir sus recetas

Sección A1 Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará medicamentos con receta solamente si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Usted puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para buscar una farmacia de la red, puede:

- Consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias**
- Visitar nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**
- Comunicarse con Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**
- Comunicarse con su Coordinador del Cuidado de la Salud

Sección A2 Use su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su Tarjeta de ID de Miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red facturará al plan su medicamento con receta cubierto.

Si no tiene su Tarjeta de ID de Miembro con usted cuando surta su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria o le pide que pague el medicamento, comuníquese con Servicio al Cliente o con su Coordinador del Cuidado de la Salud inmediatamente. Haremos todo lo posible para ayudar.

Sección A3 Qué puede hacer si cambia a una farmacia de la red diferente

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de una receta, puede pedirle a un proveedor que le emita una nueva receta o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, o con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Sección A4 Qué puede hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red del plan, usted tendrá que buscar una nueva farmacia de la red para que el plan siga pagando sus medicamentos con receta.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Para buscar una nueva farmacia de la red, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visitar nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com** o comunicarse con Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, o con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Sección A5 Uso de una farmacia especializada

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está dentro de nuestra red o si usted tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano. Excepto en situaciones de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos a ciertos sitios o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente.)

Para buscar una farmacia especializada, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, o con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Sección A6 Uso de los servicios de pedidos por correo para surtir una receta

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de hasta 90 días. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir mis recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con OptumRx, nuestra farmacia con servicio de medicamentos por correo. Puede comunicarse con OptumRx al **1-877-889-6358** o, si tiene limitaciones auditivas, al (TTY) **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Generalmente, los medicamentos de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo le llegarán en un plazo no mayor de 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos:

Si su receta está registrada en su farmacia local, visite su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico o proveedor que llame para autorizar una nueva receta. O bien, su farmacia puede llamar al consultorio médico por usted. Su farmacia puede llamar al servicio de ayuda para Farmacias al **1-877-889-6510** si tiene algún problema, pregunta o inquietud, o si necesita anular un reclamo.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo:

1. Nuevas recetas que la farmacia de pedidos por correo recibe de usted

La farmacia automáticamente surtirá las nuevas recetas que reciba de usted y le entregará los medicamentos.

2. Nuevas recetas que la farmacia de pedidos por correo recibe directamente del consultorio de su proveedor

La farmacia automáticamente surtirá las nuevas recetas que reciba de proveedores de cuidado de la salud y le entregará los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted usó servicios de pedidos por correo de este plan, o
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede llamar a Servicio al Cliente para pedir la entrega automática de los medicamentos de todas las recetas nuevas, ahora mismo o en cualquier momento.

Si anteriormente usted usó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia automáticamente surta cada nueva receta y le envíe los medicamentos, llame a Servicio al Cliente para comunicarse con nosotros.

Si nunca usó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide cancelar el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para saber si usted desea que se surta y se le envíe el medicamento inmediatamente.

- Esto le dará la oportunidad de confirmar que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o posponer el pedido antes de que se lo envíen.
- Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicar lo que deben hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si no desea recibir entregas automáticas de medicamentos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, llame a Servicio al Cliente para comunicarse con nosotros.

3. Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo

Para pedir resurtidos, comuníquese con su farmacia al menos 10 días hábiles antes de que se le agote su medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

A fin de que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de hacer el envío, asegúrese de que la farmacia sepa cuáles son las mejores maneras de ponerse en contacto con usted.

Sección A7 Cómo obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos con receta

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 31 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. El **Directorio de Proveedores y Farmacias** le indica las farmacias que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Servicio al Cliente.

Puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

Sección A8 Uso de una farmacia que no está dentro de la red del plan

En lo posible, usted siempre debería usar una farmacia dentro de la red de UnitedHealthcare Connected for One Care. Si cree que no puede usar una farmacia dentro de nuestra red, primero llame a Servicio al Cliente o a su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red **solamente** cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagaremos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Medicamentos con receta para una Emergencia médica

Cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si están relacionados con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, y si están incluidos en nuestra Lista de Medicamentos. Se seguirán aplicando las restricciones que correspondan.

- Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio

Si usted toma un medicamento con receta con regularidad y va a realizar un viaje, asegúrese de verificar el suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de la farmacia de nuestra red con servicio de medicamentos por correo o a través de otras farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber cómo pedir sus medicamentos con receta con anticipación.

- Si está viajando dentro de los Estados Unidos o sus territorios y se enferma, se queda sin medicamentos con receta o los pierde, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si usted sigue todas las demás reglas de cobertura.
- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta que no está disponible regularmente en una farmacia de pedidos por correo ni en una farmacia minorista de la red (incluso los medicamentos de alto costo y muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un Departamento de Emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.
- Durante una catástrofe declarada, si surge una receta en una farmacia fuera de la red, llámenos para que le ayudemos a obtener un reembolso de cualquier gasto de su bolsillo en el que pueda haber incurrido.

En estos casos, primero consulte a Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia de la red cercana.

Sección A9 Cómo obtener un reembolso si usted paga un medicamento con receta

Si usa una farmacia fuera de la red por una razón permitida, la farmacia puede pedirle que pague el costo total de su medicamento con receta. En ese caso, primero llame a Servicio al Cliente o a su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Si usted paga el costo total cuando obtiene su medicamento con receta, puede pedirnos que le hagamos un reembolso.

Para obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección B La Lista de Medicamentos del plan

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.

El plan elige los medicamentos de la Lista de Medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos también indica si hay alguna regla que usted deba seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

Sección B1 Medicamentos de la Lista de Medicamentos

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos productos y medicamentos con receta y sin receta cubiertos por sus beneficios del programa MassHealth.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede significar un medicamento o un producto biológico, por ejemplo, vacunas o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, los genéricos surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Generalmente, cubriremos medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre ciertos productos y medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta cuestan menos que los medicamentos con receta y surten exactamente el mismo efecto. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

Sección B2 Cómo buscar un medicamento en la Lista de Medicamentos

Para saber si un medicamento que está tomando está en la Lista de Medicamentos, puede:

- Consultar la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo si usted pidió una;
- Visitar el sitio web del plan en **es.UHCCommunityPlan.com**. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada; o
- Llamar a Servicio al Cliente y pedir una copia de la lista.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Usar nuestra “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) en **es.myuhc.com/communityplan** o llamar a Servicio al Cliente. Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay medicamentos alternativos en dicha Lista que podrían tratar la misma condición.

Sección B3 Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en la Lista de Medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de Medicamentos.

UnitedHealthcare Connected for One Care no pagará los medicamentos que se indican en esta sección, llamados **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, usted debe pagarlo de su bolsillo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido en su caso, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.)

Tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y del programa MassHealth) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos por UnitedHealthcare Connected for One Care sin costo, pero no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o contar con el respaldo de ciertas referencias médicas como tratamiento de su condición. Para tratar su condición, su médico podría recetarle un cierto medicamento, aunque no esté aprobado para tratar dicha condición. Esto se llama uso fuera de la indicación aprobada. Nuestro plan generalmente no cubre los medicamentos cuando se recetan para un uso fuera de la indicación aprobada.

Por ley, los tipos de medicamentos que se indican a continuación tampoco están cubiertos por Medicare ni por el programa MassHealth.

- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia o para bajar o subir de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que fabrica los medicamentos dice que usted debe recibir exámenes o servicios prestados solamente por ellos



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección B4 Niveles de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está asignado a uno de tres niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o sin receta).

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos de marca
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos sin receta (OTC)

Para saber a qué nivel está asignado su medicamento, busque el medicamento en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección C Límites en algunos medicamentos con receta

Hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan cubre ciertos medicamentos con receta. Por lo general, nuestras reglas le alientan a obtener un medicamento que sea seguro y eficaz para su condición médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo surte exactamente el mismo efecto que un medicamento de mayor costo, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si hay una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Por ejemplo, su proveedor primero tendría que informarnos cuál es su diagnóstico o presentar los resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se debería aplicar a su situación, deberían solicitarnos que hagamos una excepción. Después de hacer una revisión, podríamos aceptar permitirle el uso del medicamento sin tomar las medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento genérico surte el mismo efecto que un medicamento de marca. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico no le surtirá efecto a usted o si ha escrito “No substitutions” (Sin sustitución) en su receta de un medicamento de marca o si nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le surtirán efecto, cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener la preaprobación del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de UnitedHealthcare Connected for One Care antes de surtir su receta. Esto se llama preautorización (PA) o preaprobación. Si usted no obtiene la preautorización, es posible que UnitedHealthcare Connected for One Care no cubra el medicamento.

3. Probar primero un medicamento diferente (terapia escalonada)

En general, el plan desea que usted pruebe medicamentos de menor costo (que suelen surtir exactamente el mismo efecto) antes de que el plan cubra medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que el plan requiera que usted pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A no le surte efecto, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito se llama terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de las reglas indicadas anteriormente se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, o consulte nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D Motivos por los que sus medicamentos con receta podrían no estar cubiertos

Tratamos de que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, a veces un medicamento podría no estar cubierto de la manera que usted quisiera. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. El medicamento quizás no esté en la Lista de Medicamentos. Podría haber una versión genérica del medicamento que esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no. Podría ser que un medicamento sea nuevo y que aún no lo hayamos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o límites adicionales para la cobertura de ese medicamento. Según se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted podría desear que no apliquemos la regla para usted.

Hay ciertas medidas que usted puede tomar si su medicamento no está cubierto en la manera que usted desea.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D1 **Cómo obtener un suministro temporal**

En algunos casos, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si no está en la Lista de Medicamentos o si tiene alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o de pedir al plan que cubra el medicamento.

UnitedHealthcare Connected for One Care determina qué medicamentos son de la Parte D. Podríamos decidir que algunos medicamentos antiguos o sin resultados clínicos comprobados no califican como medicamentos de la Parte D. Si usted está tomando un medicamento que UnitedHealthcare Connected for One Care no considera que sea un medicamento de la Parte D, usted tiene derecho a obtener un suministro de 72 horas del medicamento por única vez. Si la farmacia no puede facturar este suministro por única vez a UnitedHealthcare Connected for One Care, el programa MassHealth lo pagará. Esto es exigido por la ley de Massachusetts.

Además, es posible que usted pueda obtener un mayor suministro temporal de un medicamento de la Parte D o de un medicamento que no sea de la Parte D que el programa MassHealth cubriría. Para saber durante cuánto tiempo UnitedHealthcare Connected for One Care proporcionará un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, usted debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - deja de estar en la Lista de Medicamentos del plan; o
 - nunca estuvo en la Lista de Medicamentos del plan; o
 - ahora tiene alguna limitación.

2. Su situación debe ser una de las siguientes:

Para medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento de la Parte D de Medicare **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro temporal será de hasta 30 días.
 - Si su receta indica menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Usted ha estado en el plan durante más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Cubriremos un suministro de 31 días de su medicamento de la Parte D de Medicare o menos si su receta indica menos días. Este es un suministro adicional al suministro temporal indicado anteriormente. Podría haber transiciones no planificadas, como altas del hospital o cambios en el nivel de cuidado, que ocurran mientras usted es miembro de nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o sus posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas, debe usar el proceso de excepción del plan. Puede pedir un suministro de emergencia por única vez de hasta 31 días como mínimo que le permita tener tiempo para hablar esto con su médico o solicitar una excepción a la Lista de Medicamentos. Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente.

Para medicamentos del programa MassHealth:

- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro de su medicamento del programa MassHealth durante 90 días o hasta que se realicen su evaluación completa y su Plan de Cuidado Individualizado (ICP), o menos si su receta indica menos días.
 - Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

Cuando obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro. Sus opciones son:

- Puede cambiar el medicamento por otro.

Es posible que haya un medicamento diferente cubierto por el plan que le surta efecto. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

O

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos. O puede pedir al plan que cubra el medicamento sin límites. Su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción si dice que usted tiene una buena razón médica para una.

Si usted actualmente es miembro y un medicamento que está tomando se quitará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción al formulario con anticipación para el próximo año. Le avisaremos si el próximo año habrá algún cambio en la cobertura de su medicamento. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que le receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicio al Cliente o con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Sección E Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero UnitedHealthcare Connected for One Care puede agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir exigir o no exigir una preautorización para un medicamento. (Preautorización es el permiso de UnitedHealthcare Connected for One Care antes de que usted pueda obtener un medicamento.)
- Agregar o cambiar la cantidad que usted puede obtener de un medicamento (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro.)

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C anteriormente en este capítulo.

Si usted está tomando un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- aparezca un medicamento nuevo más barato en el mercado que surta el mismo efecto que un medicamento de la Lista de Medicamentos actual, **o**
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o**
- se retire un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que ocurre cuando cambia la Lista de Medicamentos, usted siempre puede:

- Consultar la Lista de Medicamentos actualizada de UnitedHealthcare Connected for One Care en Internet en **es.UHCCommunityPlan.com** **o**
- Llamar a Servicio al Cliente para consultar la Lista de Medicamentos actualizada al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

Algunos cambios en la Lista de Medicamentos sucederán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico comienza a estar disponible.** A veces, aparece un nuevo medicamento genérico en el mercado que surte el mismo efecto que un medicamento de marca de la Lista de Medicamentos actual. En esos casos, es posible que quitemos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que lo hayamos hecho.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede dar para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de esta guía para obtener más información sobre las excepciones.

- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, le avisaremos. Si le avisan que un medicamento que usted está tomando ha sido retirado del mercado, debería hablar con su médico u otro profesional que receta.

Podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la Lista de Medicamentos. Estos cambios podrían suceder si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos emite una nueva regla o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de Medicamentos o
 - Cambiamos los límites o las reglas de cobertura del medicamento de marca.

Cuando ocurran estos cambios:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la Lista de Medicamentos o
- Le avisaremos y le daremos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted pida un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que usted puede tomar en su lugar o
- Si debería solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

Podemos hacer cambios en los medicamentos que usted toma y que no le afectan ahora. Para esos cambios, si usted está tomando un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año.**

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que usted está tomando o limitamos su uso, el cambio no afectará su uso del medicamento durante el resto del año.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F Cobertura de medicamentos con receta en casos especiales

Sección F1 Si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Usted no tendrá que pagar un copago. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan seguirá cubriendo sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

Sección F2 Si está en un centro de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias** para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si la farmacia no es de nuestra red o si usted necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección F3 Si está en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico que no está cubierto por su centro porque no está relacionado con su pronóstico terminal ni con condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos, que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras en la entrega de medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, puede pedir al profesional que le receta o a su proveedor de cuidados paliativos que se aseguren de que tengamos la notificación de que los medicamentos no están relacionados antes de pedir a una farmacia que surta su receta.

Si se va del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar documentación a la farmacia para verificar que usted dejó el centro. Consulte las partes anteriores de este capítulo que indican las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D.

Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección G Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

Sección G1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- Tal vez no sean necesarios porque usted está tomando otro medicamento que surte el mismo efecto;
- Tal vez no sean seguros para su edad o sexo;
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo;
- Tengan ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico; o
- Tengan cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opiáceos.

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos con receta, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

Sección G2 Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos con receta

Si usted toma medicamentos para diferentes condiciones médicas o está inscrito en un Programa de Administración de Medicamentos que le ayuda a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura, es posible que cumpla los requisitos para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo de terapias de medicamentos. Este programa ayuda a que usted y su proveedor se aseguren de que sus medicamentos estén surtiendo efecto para mejorar su salud. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- Cualquier duda que usted tenga, por ejemplo, sobre los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- Cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento con receta y sin receta

Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que usted toma y por qué los toma. Además, obtendrá información sobre las maneras seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sería conveniente programar una revisión de medicamentos antes de su visita de “Bienestar” anual, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o téngalos consigo en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, lleve consigo su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de manejo de terapias de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si usted no desea participar en el programa, háganoslo saber y le retiraremos de este.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente o con su Coordinador del Cuidado de la Salud.

Sección G3 Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos

UnitedHealthcare Connected for One Care cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos.

Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **de una cierta farmacia o ciertas farmacias, o de un cierto médico o ciertos médicos**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted

Si pensamos que deberíamos aplicarle una o más limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o de una farmacia en particular.

Usted tendrá la posibilidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier información que crea que es importante que nosotros sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted haya tenido la posibilidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si piensa que cometimos un error, si no está de acuerdo con que usted esté en riesgo debido al uso indebido de medicamentos con receta o si no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que le receta pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, nosotros revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones al acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE). (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación y saber más sobre la Entidad de Revisión Independiente, consulte el Capítulo 9.)

Es posible que el Programa de Administración de Medicamentos no se aplique a su caso si usted:

- tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica
- está recibiendo cuidados paliativos o para el final de la vida, o
- vive en un centro de cuidado a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo indica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el programa MassHealth, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Dado que usted cumple los requisitos del programa MassHealth, está recibiendo el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

El **programa Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Para obtener más información sobre los medicamentos con receta que cubre UnitedHealthcare Connected for One Care, usted puede consultar lo siguiente:

- La **Lista de Medicamentos Cubiertos** del plan.
 - La llamamos “Lista de Medicamentos”. Le explica:
 - Qué medicamentos paga el plan;
 - A cuál de los tres niveles está asignado cada medicamento; **y**
 - Si hay algún límite en los medicamentos.
 - Si usted necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**. También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- El Capítulo 5 de esta **Guía para Miembros**.
 - El Capítulo 5 explica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos con receta que nuestro plan no cubre.
- El **Directorio de Proveedores y Farmacias** del plan.
 - En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son aquellas que han convenido trabajar con nuestro plan.
 - El **Directorio de Proveedores y Farmacias** tiene una lista de las farmacias de la red. Usted puede obtener más información sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5.
 - Cuando usted usa la “Real Time Benefit Tool” para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección B2 del Capítulo 5), el costo que aparece es en “tiempo real”, lo que significa que el costo que aparece en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. Para obtener más información, puede llamar a Servicio al Cliente.

Índice

Sección A	La Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D	114
Sección B	Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos.....	114
Sección C	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo.....	115
	Sección C1 Los niveles del plan.....	115
	Sección C2 Sus opciones de farmacias	115
	Sección C3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	116
Sección D	Vacunas	116
	Sección D1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna	116

Sección A La Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos con receta. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **gastos de su bolsillo**. Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta. Con UnitedHealthcare Connected for One Care, usted no tiene que pagar nada por sus medicamentos con receta, siempre y cuando siga las reglas del Capítulo 5. Los gastos de su bolsillo serán de cero.
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta, más lo que paga el plan.

Cuando usted obtiene medicamentos con receta a través del plan, le enviamos un resumen llamado **Explicación de Beneficios (EOB)**. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. La Explicación de Beneficios incluye:

- **Información del mes**. El resumen detalla los medicamentos con receta de la Parte D que usted obtuvo durante el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos de la Parte D, lo pagado por el plan, así como lo que pagaron usted y otros por sus medicamentos.
- **Información del “año hasta la fecha”**. Incluye los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales realizados este año.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tomarán en cuenta para alcanzar el total de gastos de su bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos sin receta. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de Medicamentos.

Sección B Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos, usamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Use su Tarjeta de ID de Miembro.

Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cada vez que surta una receta. Esto nos permitirá saber qué recetas surte y lo que usted paga por ellas.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted haya pagado. Siempre debe seguir las reglas del Capítulo 5 para obtener medicamentos. Si sigue las reglas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos por UnitedHealthcare Connected for One Care. Si usted alguna vez paga el costo total de su medicamento, debe guardar el recibo y puede pedirnos que le reembolsemos el costo del medicamento.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Las siguientes son algunas de las ocasiones en las que usted debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene conforme a un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto.

Para saber cómo pedirnos que le reembolsemos el costo del medicamento, consulte el Capítulo 7.

3. Revise las Explicaciones de Beneficios que le enviamos.

Cuando reciba una Explicación de Beneficios por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que hay un error o falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. Asegúrese de guardar estas Explicaciones de Beneficios, ya que son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

Sección C Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con UnitedHealthcare Connected for One Care, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos siempre y cuando siga las reglas del plan.

Sección C1 Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está asignado a uno de tres niveles. Usted no tiene copagos por los medicamentos con ni sin receta de la Lista de Medicamentos de UnitedHealthcare Connected for One Care. Para encontrar los niveles de sus medicamentos, puede buscar en la Lista de Medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos de marca
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos sin receta (OTC)

Sección C2 Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de que lo obtenga en:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte la Sección A8 del Capítulo 5 para saber cuándo lo haremos.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte la Sección A del Capítulo 5 de esta guía y el **Directorio de Proveedores y Farmacias** del plan.

Sección C3 **Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento**

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. Un suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección A7 del Capítulo 5 o el **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Sección D **Vacunas**

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted. Consulte la **Lista de Medicamentos Center (Formulario)** de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
2. La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **aplicarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces, es posible que su médico le aplique la inyección de una vacuna.

Sección D1 **Lo que debe saber antes de recibir una vacuna**

Le recomendamos que nos llame primero a Servicio al Cliente cada vez que planea recibir una vacuna.

- Podemos explicarle la forma en que nuestro plan cubre las vacunas.
- Podemos informarle cómo mantener sus costos bajos mediante el uso de proveedores y farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son aquellas que han convenido trabajar con nuestro plan. Un **proveedor de la red** es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debería colaborar con UnitedHealthcare Connected for One Care para asegurarse de que usted no tenga ningún costo por adelantado por una vacuna de la Parte D.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos servicios

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le explica cómo presentar una apelación si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Cómo pedirnos que paguemos.....	118
Sección B	Cómo enviar una solicitud de pago.....	120
Sección C	Decisiones de cobertura.....	120
Sección D	Apelaciones	121

Sección A Cómo pedirnos que paguemos

Con One Care, hay algunas reglas para recibir servicios. Una de las reglas es que el servicio debe estar cubierto por UnitedHealthcare Connected for One Care. Otra regla es que usted debe recibir el servicio de uno de los proveedores que trabajan con UnitedHealthcare Connected for One Care. Consulte el Capítulo 3 para leer todas las reglas.

Si sigue todas las reglas, el plan pagará sus servicios automáticamente y usted no tiene que pedirnos que paguemos. En esos casos, no debería pagar nada a sus proveedores ni recibir ninguna factura.

Si no está seguro de que el plan vaya a pagar un servicio que usted desea recibir o un proveedor que desea usar, pregúntele a su Coordinador del Cuidado de la Salud o llame a Servicio al Cliente. **Haga esto antes de recibir el servicio.** Su Coordinador del Cuidado de la Salud o Servicio al Cliente le dirán si UnitedHealthcare Connected for One Care pagará o si usted tiene que solicitar una decisión de cobertura a UnitedHealthcare Connected for One Care. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9.

Si decide recibir un servicio que podría no estar cubierto por UnitedHealthcare Connected for One Care o si recibe un servicio de un proveedor que no trabaja con UnitedHealthcare Connected for One Care, UnitedHealthcare Connected for One Care no pagará automáticamente el servicio.

A continuación, encontrará algunas situaciones diferentes e información sobre el pago de sus servicios.

1. Si recibe cuidado de la salud de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red

Usted debería pedirle al proveedor que facture al plan. Si necesita ayuda, llame a su Coordinador del Cuidado de la Salud o a Servicio al Cliente.

- Si paga el total al momento de recibir el cuidado, pídanos que nos aseguremos de que usted reciba un reembolso. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Si recibe una factura del proveedor en la que le pide que usted pague algo que usted cree que no adeuda, envíenos la factura y, si pagó el total o una parte de la factura, un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si usted ya pagó el servicio, nos aseguraremos de que reciba un reembolso.

2. Si un proveedor dentro de la red de UnitedHealthcare Connected for One Care le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan. Muestre su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care cuando reciba servicios o medicamentos con receta. La facturación indebida o inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que el costo compartido del plan por los servicios. **Si recibe alguna factura, llame a Servicio al Cliente.**

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Dado que UnitedHealthcare Connected for One Care paga el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Si alguna vez recibe una factura de un proveedor de la red, no la pague. Envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le ayudaremos a recibir un reembolso del costo de sus servicios cubiertos.

3. Si usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia que no está dentro de la red de UnitedHealthcare Connected for One Care, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su medicamento con receta.

- Solo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red en algunos casos. Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo.
- Para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red, consulte el Capítulo 5.

4. Si paga el costo total de una receta porque no lleva consigo su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care

Si no lleva consigo su Tarjeta de ID de Miembro, pida a la farmacia que llame al plan o que consulte su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su receta.
- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo.

5. Si paga el costo total de una receta de un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Puede suceder que el medicamento no esté en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** (Lista de Medicamentos) del plan o que tenga un requisito o una restricción que usted desconocía o que piensa que no se debería aplicar a su caso. Si usted decide obtenerlo, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
 - Si no lo paga, pero piensa que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
 - Si usted y su médico piensan que usted necesita el medicamento inmediatamente, pueden solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9).
- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo. En algunas situaciones, es posible que su médico deba proporcionarnos más información para que le reembolsemos el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. A esto se le dice tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos el servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Sección B Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que usted hizo o de un recibo del proveedor. **Es conveniente que haga una copia de su factura y de los recibos para su archivo personal.** Puede pedirle ayuda a su Coordinador del Cuidado de la Salud o a Servicio al Cliente.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (**es.UHCCommunityPlan.com**) o llamar a Servicio al Cliente para pedirlo.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos que tenga a esta dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D:

OptumRx
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

Solicitudes de pago de reclamos médicos:

UnitedHealthcare Claims Department
P.O. Box 31350
Salt Lake City, UT 84131-0350

Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte C (médico) en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte D.

Sección C Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si el plan cubre o no su servicio o medicamento. También decidiremos lo que usted tiene que pagar, si corresponde, por el servicio o medicamento con receta.

- Si necesitamos que nos proporcione más información, le avisaremos.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

- Si decidimos que el servicio o medicamento está cubierto, y usted siguió todas las reglas para recibirlo, lo pagaremos. Si usted ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por correo por lo que pagó. Si usted aún no pagó el servicio o medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3 explica las reglas para que sus servicios estén cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas para que sus medicamentos con receta estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o medicamento, le enviaremos una carta para explicarle nuestra decisión. La carta también explicará sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

Sección D Apelaciones

Si cree que cometimos un error al denegar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le dice presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con lo que pagamos.

El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si desea presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un servicio para el cuidado de la salud, consulte la página 168.
- Si desea presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un medicamento, consulte la página 169.

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	124
Section A	Your right to get services and information in a way that meets your needs ...	124
Sección B	Nuestra responsabilidad de tratarle de manera justa y con respeto y dignidad en todo momento	125
Sección C	Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	126
Sección D	Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y su información de salud personal (PHI).....	127
	Sección D1 Cómo protegemos su información de salud personal.....	127
	Sección D2 Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos.....	128
Sección E	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información sobre el plan, los proveedores de la red y sus servicios cubiertos	137
Sección F	Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted	138
Sección G	Su derecho a dejar nuestro plan	138
Sección H	Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud	138
	Sección H1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud	138
	Sección H2 Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo	139
	Sección H3 Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones.....	140

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección I	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado	141
Sección I1	Qué puede hacer si cree que le están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	141
Sección J	Sus responsabilidades como miembro del plan	142
Sección J1	Recuperación del patrimonio	144

Sección A Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que todos los servicios se le presten de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios del plan, su salud y sus opciones de tratamiento, y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Cada año que usted esté inscrito en nuestro plan, debemos informarle sus derechos.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además de inglés y en formatos como en letra grande, braille o en audio. Puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que anotemos en nuestro sistema que desea recibir los materiales en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.

Si está teniendo dificultades para obtener información de parte de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad, y desea presentar una queja, puede llamar:

- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Al programa My Ombudsman al **1-855-781-9898**.
 - Use **7-1-1** para llamar al **1-855-781-9898**. Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla.
 - Use Videoteléfono (Videophone, VP) al **339-224-6831**. Este número es para personas sordas o con dificultades de audición.
- Al Centro de Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (TTY: **711**)
- A la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o al TTY **1-800-537-7697**.

Section A Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure that all services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about the plan's benefits, your health and treatment options, and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Engagement Center. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Our plan can also give you materials in languages other than Spanish and in formats such as large print, braille, or audio. You can call the Member Engagement Center and ask us to make a note in our system that you would like materials in English, large print, braille, or audio now and in the future.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, you can call:
- Medicare at **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call **1-877-486-2048**.
- My Ombudsman at **1-855-781-9898**.
 - Use **7-1-1** to call **1-855-781-9898**. This number is for people who are deaf, hard of hearing, or speech disabled.
 - Use Videophone (VP) **339-224-6831**. This number is for people who are deaf or hard of hearing.
- MassHealth Customer Service Center at **1-800-841-2900**, Monday through Friday, from 8:00 A.M. to 5:00 P.M. (TTY: **711**)
- Office of Civil Rights at **1-800-368-1019** or TTY **1-800-537-7697**.

Sección B Nuestra responsabilidad de tratarle de manera justa y con respeto y dignidad en todo momento

Nuestro plan debe obedecer las leyes que le protegen de la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a los miembros por ninguno de los siguientes motivos:

- Edad
- Apelaciones
- Comportamiento
- Experiencia de reclamos
- Origen étnico
- Evidencia de asegurabilidad
- Identidad de género
- Información genética
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio
- Estado de salud
- Historial médico
- Capacidad mental
- Discapacidad física o mental
- Origen nacional
- Raza
- Recepción de cuidado de la salud
- Religión
- Sexo
- Orientación sexual
- Uso de servicios

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Para obtener más información, también puede consultar la Sección B del Capítulo 11, “Aviso sobre antidiscriminación”.

Usted tiene derecho a que sus preguntas e inquietudes sean respondidas de forma completa y cortés.

Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y consideración por su dignidad.

Conforme a las reglas del plan, usted tiene derecho a no ser objeto de ningún tipo de restricción física ni reclusión usada como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia. (En otras palabras, usted no debe ser controlado físicamente ni ser mantenido aislado como una manera de forzarlo a hacer algo, de castigarlo o para facilitarles las cosas a otras personas.)

Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a sus derechos y responsabilidades.

No podemos denegarle servicios ni castigarle por ejercer sus derechos.

- Para obtener más información o si usted cree que podría tener una queja sobre discriminación o por haber recibido un trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** (TTY: **1-800-537-7697**). Para obtener más información, también puede visitar **hhs.gov/ocr**.
- También puede llamar a su Oficina de Derechos Civiles local de la División de Derechos Civiles del Procurador General al **(617) 963-2917** o al TTY **(617) 727-4765**.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir cuidado o comunicarse con un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

Sección C Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, sus derechos son los siguientes:

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información sobre cómo elegir un proveedor de cuidado primario en el Capítulo 3.
 - Llame a Servicio al Cliente o consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- No le exigimos que obtenga referencias.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede recibir servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios para emergencias o cuidado de urgencia sin obtener primero una autorización (preaprobación [prior approval, PA]) en situaciones de emergencia.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

El Capítulo 9 le explica lo que puede hacer si usted cree que no está recibiendo sus servicios o sus medicamentos dentro de un plazo razonable. El Capítulo 9 también le explica lo que puede hacer si hemos denegado la cobertura de sus servicios o sus medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Sección D Nuestra responsabilidad de proteger su privacidad y su información de salud personal (PHI)

Usted tiene derecho a tener privacidad durante el tratamiento y a esperar la confidencialidad de todos los registros y comunicaciones.

Protegemos su información de salud personal (PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

- Su información de salud personal incluye los datos que nos dio cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información de salud personal. Le entregaremos un aviso por escrito que le explica estos derechos. El aviso se llama “Aviso de Prácticas de Privacidad”. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal.

Sección D1 Cómo protegemos su información de salud personal

Nos aseguramos de que sus registros no sean vistos ni modificados por ninguna persona sin autorización.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le damos su información de salud personal a nadie que no le proporcione o pague su cuidado. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Este permiso por escrito puede otorgarlo usted o alguien que tenga el poder legal para tomar decisiones por usted.

Hay ciertos casos en los que no se nos exige que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones:

- Debemos divulgar información de salud personal a las agencias del gobierno que verifican nuestra calidad del cuidado.
- Debemos dar su información de salud personal a Medicare y al programa MassHealth. Si Medicare divulga su información de salud personal con fines de investigación o para otros usos, esto se hará según las leyes federales. Si el programa MassHealth divulga su información de salud personal con fines de investigación o para otros usos, esto se hará según las leyes federales y estatales.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección D2 Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos

- Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle un cargo por hacer una copia de sus registros médicos.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corriamos sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboraremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si su información de salud personal se ha compartido con terceros y de qué manera se ha hecho.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. LE INDICA CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2022.

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, "HI"). Debemos enviarle este aviso. Le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted a acceder a su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de este aviso.

- La información de salud es información sobre su salud o sus servicios para el cuidado de la salud. Tenemos derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad para administrar la información de salud. Si las modificamos, se lo notificaremos por correo o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en este sitio web (es.myuhc.com/CommunityPlan).

Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud. Recopilamos y guardamos su información de salud para llevar adelante nuestra actividad comercial. La información de salud puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información de salud. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias del gobierno.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto debe ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para Procesamiento de Pagos.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para procesar los pagos de las primas y los reclamos. Esto puede incluir la coordinación de los beneficios.
- **Para Tratamientos o la Administración del Cuidado.** Podemos recopilar y usar su información de salud, y compartirla con sus proveedores para ayudar con su cuidado.
- **Para Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Podemos sugerir un programa de bienestar o para el manejo de enfermedades. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.

Copyright 2021 United HealthCare Services, Inc.

- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos comunicarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

- **Para los Patrocinadores del Plan.** Podemos compartir con su empleador información sobre su inscripción y sobre la cancelación de su inscripción, y un resumen de información de salud. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Para Fines de Suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para tomar decisiones sobre suscripción. No usaremos su información de salud genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para enviarle recordatorios de citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Es posible que le enviemos correos electrónicos con cierta información de salud a través de métodos no cifrados. Existe un cierto riesgo de divulgación o interceptación del contenido de dichas comunicaciones.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.**
- **A las Personas Involucradas en Su Cuidado.** Por ejemplo, a un familiar en una situación de emergencia. Esto puede ocurrir si usted no puede dar su consentimiento ni objetar. Si no puede objetar, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir brotes de enfermedades.
- **Para Denunciar Abuso, Maltrato, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con las entidades autorizadas por ley a obtenerla. Estas entidades pueden ser agencias de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para Cumplir la Ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** Podemos compartir información de salud con agencias de salud pública u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Por ejemplo, en situaciones de emergencia o una catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para los servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Para cumplir las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Para estudiar enfermedades o discapacidades.

Copyright 2021 United HealthCare Services, Inc.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o legista. Para identificar a la persona fallecida, encontrar la causa del fallecimiento o según lo indique la ley. Podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales u Organismos Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas en custodia: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales** si es necesario para prestarle servicios. Nuestros socios se comprometen a proteger su información de salud. No tienen permitido usar su información de salud para ningún fin que no esté permitido por nuestro contrato con ellos.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Abuso de alcohol y de sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso, maltrato o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos su información de salud según lo descrito aquí o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas sobre su psicoterapia, para vender su información de salud a otras personas y para usar su información de salud en cierta correspondencia promocional. Si usted nos permite compartir su información de salud, el receptor también podría compartirla. Usted puede retirar su consentimiento. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.

Copyright 2021 United HealthCare Services, Inc.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **A pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas. Podemos permitir a sus dependientes que soliciten límites. **Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal, en lugar de en su domicilio. Aceptaremos su solicitud si la divulgación pudiera representar un riesgo para usted. Aceptamos solicitudes verbales. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación.
- **A consultar u obtener una copia** de cierta información de salud. Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Puede pedir que su registro se envíe a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.
- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Envíe esta solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A recibir un informe** de la información de salud compartida en los seis años antes de su solicitud. Esto no incluirá ninguna información de salud compartida por los siguientes motivos:
 - (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud;
 - (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco indicará las divulgaciones de información de las que la ley federal no nos exige realizar un seguimiento.
- **A obtener una copia impresa** de este aviso. Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (es.myuhc.com/CommunityPlan).

Cómo Ejercer Sus Derechos

- **A Comunicarse con su Plan de Salud.** Llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID. O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-4454** o al TTY/RTT **711**.
- **A pedirnos que corrijamos o enmendemos** su información de salud. Según el lugar en donde usted viva, también puede pedirnos que borremos su información de salud. Si no podemos hacerlo, le avisaremos. En ese caso, usted puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.

- **A Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo a:

UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
PO Box 1459
Minneapolis MN 55440

- **A Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

? **Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454,** TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com.**

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

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA
ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU
INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2022

Protegemos² su “información financiera (financial information, “FI”) personal”. La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Cómo Compartimos Su Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre Este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al **1-866-633-4454** o al TTY/RTT **711**.

²A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a las entidades indicadas en la nota al pie 1, que comienza en la última página de los Avisos de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud, además de las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; **gethealthinsurance.com** Agency, Inc. Genoa Healthcare,

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

LLC; Golden Outlook, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; OptumHealth Holdings, LLC; Optum Labs, LLC; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women's and Children's Health, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Renai Health IPA, LLC; Renai Health Management, LLC; Sanvello Health, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones. Esta lista de planes de salud está completa a la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2.

Sección E Nuestra responsabilidad de proporcionarle información sobre el plan, los proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Como miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care, usted tiene derecho a obtener información y novedades sobre su plan de nuestra parte oportunamente. Si no habla inglés, debemos darle sin cargo la información en un idioma que usted entienda. Nuestros materiales están disponibles en español en cualquier momento. También podemos darle información sin cargo en letra grande, braille, en audio, en clips de video en lenguaje de señas americano y de otras maneras.

Si usted desea obtener información sobre algo de lo siguiente, llame a Servicio al Cliente:

- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - Qué información financiera está disponible;
 - Cómo han calificado al plan los miembros;
 - Cuántas apelaciones han presentado nuestros miembros; **y**
 - Cómo dejar el plan.
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluido lo siguiente:
 - Cómo elegir o cambiar un proveedor de cuidado primario.
 - Cuáles son los títulos académicos y habilitaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red.
 - Cómo pagamos a los proveedores dentro de nuestra red.
 - Una lista de los proveedores y las farmacias dentro de la red del plan, en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en **es.UHCCommunityPlan.com**.
- Los servicios (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) cubiertos, así como las reglas que usted debe seguir, que incluyen:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - Límites en su cobertura y sus medicamentos
 - Reglas que usted debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos
- El motivo por el que un servicio o medicamento no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el Capítulo 9), lo que incluye:
 - Pedirnos que pongamos por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto
 - Pedirnos que cambiemos una decisión que tomamos
 - Pedirnos que paguemos una factura que usted recibió

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores dentro de nuestra red no pueden hacerle pagar servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros les pagamos a los proveedores menos de lo que nos cobraron. Para saber qué puede hacer si un proveedor intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7.

Sección G Su derecho a dejar nuestro plan

Usted tiene derecho a dejar el plan. Nadie puede obligarle a quedarse en nuestro plan si usted no lo desea. Puede comunicarse con el Centro de Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900** o al TTY: **711** (para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla) y pedir dejar el plan. También puede llamar al **1-800-Medicare** para inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos con receta, y dejar nuestro plan. Para obtener más información sobre cómo dejar nuestro plan, consulte el Capítulo 10.

Si decide dejar nuestro plan, sus servicios se mantendrán hasta el final de ese mes. Por ejemplo, si usted deja nuestro plan el 5 de septiembre, estará cubierto por nuestro plan hasta el final de septiembre.

- Si deja nuestro plan, seguirá estando inscrito en los programas Medicare y MassHealth.
- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios para el cuidado de la salud a través de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.
- También tiene derecho a recibir sus beneficios del programa MassHealth directamente del programa MassHealth Medicaid.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos con receta o de un plan Medicare Advantage.

Sección H Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud

Sección H1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. También tiene derecho a tener acceso a médicos y otros proveedores que puedan satisfacer sus necesidades. Esto incluye proveedores que puedan satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud, comunicarse con usted y prestarle servicios en sitios a los que pueda acceder físicamente. Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted también puede elegir que un familiar o un cuidador participe en las conversaciones sobre sus tratamientos y sus servicios. Usted tiene derecho a:

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que le expliquen sus necesidades médicas y a que le informen sobre todos los tipos de tratamiento disponibles para usted, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con sus servicios o tratamientos. Se le debe informar por anticipado si alguno de sus servicios o tratamientos es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a usar otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
- **“Negarse”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si se niega a recibir un tratamiento o si deja de tomar un medicamento, no le darán de baja del plan. Sin embargo, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda.
- **Pedirnos una explicación de por qué un proveedor se negó a atenderle.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le denegó el cuidado que usted piensa que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le denegó o que generalmente no está cubierto.** A esto se le llama decisión de cobertura. El Capítulo 9 le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.
- **Cambiar de proveedores.** Usted tiene derecho a cambiar de proveedores.
- **Expresar su opinión** sobre la administración y el funcionamiento del sistema integrado, de los proveedores o del plan de salud, según se detalla en nuestro contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y Commonwealth of Massachusetts.

Sección H2 Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas. Antes de que le ocurra esto, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **otorgarle a otra persona el derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted**; y
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo del cuidado de su salud si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que usted puede usar para dar las instrucciones se llama instrucciones por anticipado. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y tienen distintos nombres. Por ejemplo, hay un testamento vital y un poder legal para el cuidado de la salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Usted no está obligado a usar instrucciones por anticipado, pero puede hacerlo si lo desea. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle un formulario a su médico, a un abogado, a una agencia de servicios legales o a un trabajador social. Las organizaciones que proporcionan información a las personas sobre Medicare o Medicaid también pueden tener formularios de instrucciones por anticipado.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias a las personas que deban tener conocimiento sobre el documento.** Debería entregarle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Además, sería conveniente que distribuya copias a sus amigos íntimos o a sus familiares. Guarde una copia en su domicilio.
- Si usted será hospitalizado y ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, **lleve una copia con usted al hospital.**

En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.

Si no ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión llenar un formulario de instrucciones por anticipado.

Sección H3 Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante el programa My Ombudsman de las siguientes maneras:

- Llame al **1-855-781-9898**. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla deben marcar **711** para comunicarse con MassRelay.
- Visite el sitio web del programa My Ombudsman en **myombudsman.org**.
- Escriba a la oficina del programa My Ombudsman a: My Ombudsman 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111
- Visite la oficina del programa My Ombudsman de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m. (se atiende sin previa cita)

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección I Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado

El Capítulo 9 le explica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos una decisión de cobertura, presentar una apelación ante nosotros para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros presentaron contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicio al Cliente.

Sección I1 Qué puede hacer si cree que le están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si usted cree que le están tratando injustamente—y **no** es un asunto de discriminación por los motivos que se indican en la Sección B de este capítulo—o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede recibir ayuda si llama:

- A Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**.
- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud llamado SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone). Para obtener información detallada sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección E del Capítulo 2.
- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY **1-877-486-2048**.
- Al programa MassHealth al **1-800-841-2900**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (TTY: **711**).
- Al programa My Ombudsman al **1-855-781-9898** (número gratuito).
 - Use **7-1-1** para llamar al **1-855-781-9898**. Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla.
 - Use Videoteléfono (VP) al **339-224-6831**. Este número es para personas sordas o con dificultades de audición.
 - Envíe un correo electrónico al programa My Ombudsman a info@myombudsman.org.

El programa My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle a tratar sus problemas o conflictos con su inscripción en One Care o con su acceso a los beneficios y servicios de One Care.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Leer esta Guía para Miembros** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener información detallada sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Estos capítulos explican qué está cubierto, qué no está cubierto y qué reglas debe seguir.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta** que tenga. Se nos exige que nos aseguremos de que usted esté usando todas sus opciones de cobertura cuando recibe cuidado de la salud. Si usted tiene otra cobertura, llame a Servicio al Cliente.
- **Informar a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y otros proveedores de cuidado de la salud a proporcionarle el mejor cuidado.
 - Elija un proveedor de cuidado primario.
 - Llame a su proveedor de cuidado primario o a su Coordinador del Cuidado de la Salud cuando necesite cuidado de la salud o en un plazo no mayor de cuarenta y ocho horas después de recibir cualquier tratamiento de emergencia o fuera de la red.
 - Deles la información completa y precisa que necesiten sobre usted y sobre su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
 - Entienda el rol de su proveedor de cuidado primario, de su Coordinador del Cuidado de la Salud y de su Equipo de Cuidado Interdisciplinario (también conocido como Equipo de Cuidado de la Salud) para proporcionarle su cuidado y coordinar otros servicios para el cuidado de la salud que usted pudiera necesitar.
 - Siga el Plan de Cuidado Individualizado (ICP) que acordaron usted y su Equipo de Cuidado de la Salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Entienda sus beneficios, así como qué está cubierto y qué no.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales, en los consultorios de otros proveedores y en su hogar cuando sus proveedores le visitan.
- **Pagar lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.**
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.
- **Avisarnos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Servicio al Cliente.
 - **Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir en este plan.** Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener UnitedHealthcare Connected for One Care. El Capítulo 1 le explica nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a determinar si usted se muda fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, usted puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare en su nuevo sitio. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente del programa MassHealth para transferirse a otro plan One Care en su nueva área.
 - Además, asegúrese de informar su nueva dirección a Medicare y al programa MassHealth cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para ver los números de teléfono de Medicare y del programa MassHealth.
 - **Si se muda, pero permanece dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su registro actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Avísenos si su información personal cambia.** Es importante que nos avise de inmediato si se produce un cambio en su información personal, por ejemplo, si cambia de número de teléfono, si se casa, si se incorporan nuevos integrantes a su familia, si cambian sus requisitos de participación o si obtiene otra cobertura de seguro de salud.
- Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, para recibir ayuda.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J1 Recuperación del patrimonio

El programa MassHealth está obligado por la ley federal a recuperar dinero del patrimonio de ciertos miembros del programa MassHealth que son mayores de 55 años y de aquellos de cualquier edad que reciben cuidado a largo plazo dentro de un asilo de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio que realiza el programa MassHealth, visite **mass.gov/estaterecovery**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCCommunityPlan.com**.

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber lo que puede hacer si:

- Tiene un problema con su plan o su cuidado, o una queja sobre estos.
- Necesita un servicio o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan tomó sobre su cuidado, por ejemplo, reducir los servicios.
- Cree que su plan debería prestarle o coordinar un servicio más rápido.
- Usted cree que le pidieron que deje el hospital demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente la información sobre lo que puede hacer por su problema o inquietud.

Si tiene un problema con sus servicios

Usted debería recibir los servicios médicos, los servicios para la salud del comportamiento, los medicamentos y los apoyos y servicios a largo plazo (LTSS) que sean necesarios para su cuidado como parte de su Plan de Cuidado Individualizado (ICP). **Si usted tiene un problema con su cuidado, puede llamar al programa My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o Videoteléfono [VP] al 339-224-6831).** Este capítulo explica las opciones que usted tiene para diferentes problemas y quejas, pero también puede llamar al programa My Ombudsman para que le ayude con su problema. Si desea ver recursos adicionales para tratar sus inquietudes y las maneras de comunicarse con el programa My Ombudsman, consulte la Sección I del Capítulo 2, donde encontrará más información sobre este programa.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección A	Qué puede hacer si tiene un problema.....	149
	Sección A1 Información sobre los términos legales.....	149
Sección B	Dónde llamar para pedir ayuda.....	149
	Sección B1 Dónde obtener más información y ayuda	149
Sección C	Qué secciones puede leer de este capítulo que ayudan con su problema	151
	Sección C1 Cómo usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, o para presentar una queja	151
Sección D	Decisiones de cobertura y Apelaciones.....	151
	Sección D1 Descripción general	151
	Sección D2 Cómo recibir ayuda.....	152
	Sección D3 Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará	153
Sección E	Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D).....	155
	Sección E1 Cuándo puede usar esta sección	155
	Sección E2 Cómo solicitar una decisión de cobertura	156
	Sección E3 Apelación de Nivel 1 relacionada con servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D).....	158
	Sección E4 Apelación de Nivel 2 relacionada con servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D).....	163
	Sección E5 Problemas de pago	167
Sección F	Medicamentos de la Parte D.....	169
	Sección F1 Qué puede hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D	169
	Sección F2 Qué es una excepción	171
	Sección F3 Información importante sobre la solicitud de excepciones.....	172

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F4	Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso del costo de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	172
Sección F5	Apelación de Nivel 1 relacionada con medicamentos de la Parte D.....	175
Sección F6	Apelación de Nivel 2 relacionada con medicamentos de la Parte D.....	177
Sección G	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada.....	179
Sección G1	Sus derechos de Medicare si usted es admitido en el hospital.....	179
Sección G2	Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	180
Sección G3	Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	182
Sección G4	Qué sucede si se le pasa el plazo de una Apelación	183
Sección H	Qué puede hacer si piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto	185
Sección H1	Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura.....	186
Sección H2	Apelación de Nivel 1 para continuar con su cuidado.....	186
Sección H3	Apelación de Nivel 2 para continuar con su cuidado.....	188
Sección H4	Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1	189
Sección I	Cómo llevar su Apelación más allá del Nivel 2	191
Sección I1	Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare	191
Sección I2	Próximos pasos para servicios y artículos del programa MassHealth	191
Sección J	Cómo presentar una queja.....	192
Sección J1	Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas	192
Sección J2	Quejas internas.....	194

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J3	Quejas externas	194
Sección J4	Quejas sobre la Igualdad de Servicios de Salud Mental.....	196

Sección A **Qué puede hacer si tiene un problema**

Este capítulo le informa lo que puede hacer si usted tiene un problema con UnitedHealthcare Connected for One Care o con sus servicios. Medicare y el programa MassHealth aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que se deben seguir. Este es un resumen de sus derechos.

Sección A1 **Información sobre los términos legales**

Algunas de las reglas y los plazos de este capítulo incluyen términos legales. Dado que algunos de estos términos pueden ser difíciles de comprender, hemos usado palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. También usamos la menor cantidad de siglas posible.

Por ejemplo, diremos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación rápida”

Conocer y entender el significado de los términos legales correctos puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.

Sección B **Dónde llamar para pedir ayuda**

Sección B1 **Dónde obtener más información y ayuda**

A veces, puede ser complicado iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, usted quizás no sepa cómo dar el siguiente paso.

Puede recibir ayuda del programa My Ombudsman

El programa My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Usted puede comunicarse con este programa para obtener información o ayuda para resolver cualquier asunto o problema con su plan One Care. Los servicios del programa My Ombudsman son gratuitos. La información sobre dicho programa también se puede encontrar en la Sección I del Capítulo 2. El personal del programa My Ombudsman:

- Puede responder sus preguntas o referirle al lugar adecuado para que usted encuentre lo que necesite.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Puede ayudarle a tratar un problema o una inquietud con respecto a One Care o su plan One Care, UnitedHealthcare Connected for One Care. El personal del programa My Ombudsman escuchará, investigará el problema y analizará opciones con usted para ayudar a resolver el problema.
- Ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedir a su plan One Care, al programa MassHealth o a Medicare que revise una decisión sobre sus servicios. El personal del programa My Ombudsman puede explicarle cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.

Usted puede llamar, enviar un correo electrónico o escribir al programa My Ombudsman, o visitar la oficina del programa.

- Llame al **1-855-781-9898**. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al **1-855-781-9898** o Videoteléfono (VP) al **339-224-6831**.
- Envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org
- Escriba a la oficina del programa My Ombudsman o visítela en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111
 - Para obtener información actualizada sobre la dirección, las citas y el horario de atención sin previa cita, consulte el sitio web del programa My Ombudsman o comuníquese con este directamente.
- Visite el sitio web del programa My Ombudsman en **myombudsman.org**

Usted puede recibir ayuda del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). En Massachusetts, este programa se llama SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone). Los asesores de dicho programa pueden responder sus preguntas y explicarle qué hacer para resolver su problema. El programa SHINE no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Este programa cuenta con asesores capacitados en Massachusetts, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del programa SHINE es el **1-800-243-4636** y su sitio web es **mass.gov/health-insurance-counseling**. TTY (para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla): **1-800-439-2370** (Massachusetts solamente).

Cómo recibir ayuda de Medicare

Puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda si tiene problemas. A continuación, encontrará dos maneras de recibir ayuda de Medicare:

- Llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY (para personas que tienen dificultades para oír o hablar): **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Visitar el sitio web de Medicare en [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov).

Cómo recibir ayuda del programa MassHealth

Puede llamar directamente a Servicio al Cliente del programa MassHealth para pedir ayuda si tiene problemas. Llame al **1-800-841-2900**. TTY (para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla): **711**.

Sección C Qué secciones puede leer de este capítulo que ayudan con su problema

Sección C1 Cómo usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, o para presentar una queja

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La tabla a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo que puede leer para su problema o su queja.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si nuestro plan cubre y paga un cuidado médico, un cuidado de la salud del comportamiento, apoyos y servicios a largo plazo, o medicamentos con receta en particular.)

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la **Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”** en la página 151.

No. Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura.

Pase a la **Sección J: “Cómo presentar una queja”** en la página 192.

Sección D Decisiones de cobertura y Apelaciones

Sección D1 Descripción general

Cuando usted pide información sobre las decisiones de cobertura y sobre cómo presentar apelaciones, significa que usted está tratando con problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura. Esto también incluye los problemas con el pago.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre qué servicios, artículos y medicamentos cubriremos para usted. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) por usted cada vez que le proporciona cuidado médico o le refiere a un especialista médico.

? **Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCCommunityPlan.com](https://www.es.UHCCCommunityPlan.com).

Si usted o su médico no están seguros de que un servicio, artículo o medicamento esté cubierto por nuestro plan, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico se lo dé. En otras palabras, si usted desea saber si cubriremos un servicio, artículo o medicamento antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión de cobertura. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted desea no está cubierto o que no es médicamente necesario para usted. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla. Si lo desea, su proveedor puede presentar una apelación por usted.

Sección D2 Cómo recibir ayuda

¿A quién puedo llamar para que me ayude a solicitar decisiones de cobertura o a presentar una Apelación?

Hay algunas maneras diferentes en las que puede pedir ayuda.

- Llame a **Servicio al Cliente** al **1-866-633-4454**, TTY **711**.
- Llame a su Coordinador del Cuidado de la Salud.
- Llame, envíe un correo electrónico o escriba al programa **My Ombudsman**, o visite la oficina del programa.
 - Llame al **1-855-781-9898**. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al **1-855-781-9898** o Videoteléfono (VP) al **339-224-6831**.
 - Envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.
 - Visite el sitio web del programa My Ombudsman en **myombudsman.org**.
 - Escriba a la oficina del programa My Ombudsman o visítela en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111.
 - Para obtener información actualizada sobre la dirección, las citas y el horario de atención sin previa cita, consulte el sitio web del programa My Ombudsman o comuníquese con este directamente.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)** para recibir ayuda de forma gratuita. En Massachusetts, este programa se llama SHINE. Es una organización independiente. No tiene relación con este plan. El número de teléfono del programa SHINE es el **1-800-243-4636**. TTY (para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla): **1-800-439-2370** (Massachusetts solamente).

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en nombre de usted y actuar como sus representantes.
- Hable con un **amigo o un familiar**, y pídale que actúe por usted. Puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una Apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona que no sea su proveedor sea su representante, llame a Servicio al Cliente y pida el formulario de “Nombramiento de un Representante”. También puede obtener el formulario en **[cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf)**.
 - El formulario autoriza a esa persona a actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado. Su representante designado tendrá los mismos derechos que usted tiene para solicitar una decisión de cobertura o presentar una Apelación. Usted no necesita presentar este formulario para que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud actúe como su representante.
- **También tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe por usted. Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. Nuestro plan no pagará para que usted tenga un abogado. Algunas asociaciones legales le prestarán servicios legales gratuitos si usted califica. Si desea que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un Representante.
 - Sin embargo, **no está obligado a tener un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para presentar una Apelación.

Sección D3 Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará

Hay cuatro tipos de situaciones distintas que implican decisiones de cobertura y Apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Separamos este capítulo en distintas secciones para ayudarle a encontrar las reglas que usted debe seguir. **Solamente debe leer la sección que se aplica a su problema:**

- **La Sección E en la página 155** proporciona información si usted tiene problemas con servicios, artículos y algunos medicamentos (**no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - No recibe un servicio, artículo o medicamento que desea y cree que nuestro plan cubre ese cuidado.
 - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico desea darle, y usted cree que ese cuidado debería estar cubierto y es médicamente necesario.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **NOTA:** Solamente use la Sección E si son medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la **Lista de Medicamentos Cubiertos**, también conocida como la Lista de Medicamentos, que tienen un asterisco **no** están cubiertos por la Parte D. Para obtener información sobre las Apelaciones de medicamentos de la Parte D, consulte la Sección F en la página 179.
- Usted recibió y pagó servicios, artículos o medicamentos que creía que estaban cubiertos, y desea pedirnos que le hagamos un reembolso.
 - **NOTA:** Para obtener más información sobre las reglas que usted debe seguir para que nuestro plan le pague el cuidado de su salud, consulte el Capítulo 3.
- Le notificamos que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF), usted debe leer otra sección de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de servicios. Consulte las Secciones G y H en las páginas 179 y 185.
- Su solicitud de una decisión de cobertura podría ser desestimada. Esto significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de situaciones en las que podríamos desestimar su solicitud: si su solicitud está incompleta; si alguien la presenta por usted, pero no nos ha dado un comprobante que demuestre que usted aceptó permitir que lo hiciera; o si usted pide que se la retire. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explicará por qué y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.
- **La Sección F en la página 169** le proporciona información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - Desea pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Desea pedirnos que anulemos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
 - Desea pedirnos que cubramos un medicamento que requiere una preautorización (PA) o preaprobación.
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted o su médico u otro profesional que receta creen que deberíamos haberlo hecho.
 - Desea pedirnos que paguemos un medicamento con receta que usted ya compró. (Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago.)

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **La Sección G en la página 179** le proporciona información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada. Use esta sección si está en el hospital y cree que el médico le pidió que deje el hospital demasiado pronto.
- **La Sección H en la página 185** le proporciona información si usted cree que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada y sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

Si necesita otra ayuda o información, llame al programa My Ombudsman al **1-855-781-9898** (o use MassRelay al **711** para llamar al **1-855-781-9898** o Videoteléfono [VP] al **339-224-6831**) o envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org.

Sección E Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D)

Sección E1 Cuándo puede usar esta sección

Esta sección trata sobre lo que usted puede hacer si tiene problemas con sus beneficios por su cuidado médico, su cuidado de la salud del comportamiento y sus apoyos y servicios a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección si tiene problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la Lista de Medicamentos que tienen un asterisco **no** están cubiertos por la Parte D. Para obtener información sobre las Apelaciones de medicamentos de la Parte D, use la Sección F.

Esta sección le explica lo que usted puede hacer si:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, un servicio para la salud del comportamiento o Apoyos y Servicios a Largo Plazo que necesita, pero que no está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 156 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos el cuidado que su médico o su proveedor desea proporcionarle, y usted cree que deberíamos haberlo hecho. O redujimos o interrumpimos su cobertura de un cierto servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la Sección E3 en la página 158 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es de cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Lea las Secciones G o H en las páginas 179 y 185 para saber más.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

3. Usted recibió y pagó artículos o servicios que creía que estaban cubiertos, y desea que le reembolsemos el costo de estos.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Consulte la Sección E5 en la página 167 para obtener información sobre cómo pedirnos el pago.

Sección E2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Usted tiene dos opciones para solicitar una decisión de cobertura. Puede pedirle a su proveedor que envíe información clínica que respalde la solicitud directamente al plan. Su proveedor está familiarizado con este proceso y colaborará con el plan para revisar esa información. Como alternativa, usted puede hablar sobre la solicitud con su Coordinador del Cuidado de la Salud, quien puede comunicarse con su proveedor y comenzar el proceso.

Usted puede comunicarse con su Coordinador del Cuidado de la Salud:

Por Teléfono: **1-866-633-4454**, TTY **711**

Su proveedor puede comunicarse con el plan de salud:

Por Teléfono: **1-877-790-6543**, TTY **711**

Por el portal: **UHCprovider.com**

Por correo: UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 30770
Salt Lake City, UT 84130-0770

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Generalmente, lleva hasta 14 días calendario después de que usted la solicitó, a menos que su solicitud sea para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le comunicaremos una decisión a más tardar en 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo no mayor de 14 días calendario (o 72 horas si se trata de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare), usted puede apelar.

A veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta para informarle que nos tomaremos hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para comunicarle una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta con más rapidez debido a su salud, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas (o en un plazo no mayor de 24 horas si se trata de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo. En ese caso, le enviaremos una carta para informarle que nos tomaremos hasta 14 días calendario adicionales. La carta le explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para comunicarle una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación rápida”.

Para solicitar una decisión de cobertura rápida:

- Comience por llamar a nuestro plan para solicitarnos que cubramos el cuidado que usted desea.
- Puede llamarnos al **1-866-633-4454**. Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede pedirle a su proveedor que se comunique con nosotros a través del portal, o su representante puede llamarnos.

¿Cuáles son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida?

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida únicamente si cumple los dos requisitos siguientes:

1. Está solicitando cuidado que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre cuidado que usted ya recibió.)
2. El plazo habitual de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare) podría afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional.
 - Si su proveedor dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le concederemos una automáticamente.
 - Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su proveedor, decidiremos si se la concederemos.
 - Si decidimos no concederle una decisión de cobertura rápida, usaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare). También le enviaremos una carta.
 - Esta carta le indicará que, si su proveedor solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una.
 - La carta también le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 192.

¿Como me enteraré de la respuesta del plan sobre mi decisión de cobertura?

El plan le enviará una carta para comunicarle si aprobamos o no la cobertura.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

¿Qué sucede si Denegamos la decisión de cobertura?

Si la **Denegamos**, la carta que le enviemos explicará las razones de nuestra respuesta.

- En ese caso, usted tiene derecho a pedirnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una Apelación. Presentar una Apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si usted decide apelar la decisión de cobertura, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación (lea la siguiente sección para obtener más información).

Sección E3 **Apelación de Nivel 1 relacionada con servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D)**

¿Qué es una Apelación?

Una Apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión de cobertura o cualquier Resolución Adversa que tomamos. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. En todos los casos, usted debe comenzar su Apelación en el Nivel 1 ante nuestro plan.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar al programa My Ombudsman al **1-855-781-9898** (o usar MassRelay al **711** para llamar al **1-855-781-9898** o Videoteléfono [VP] al **339-224-6831**). El programa My Ombudsman no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

¿Qué es una Resolución Adversa?

Una Resolución Adversa es una resolución, o falta de resolución, de parte de nuestro plan que usted puede apelar. Esto incluye:

- Denegamos o aprobamos un servicio o artículo limitado que su médico solicitó;
- Redujimos, suspendimos o terminamos la cobertura que ya habíamos aprobado;
- No pagamos un servicio o artículo que usted cree que está cubierto por nuestro plan;
- No resolvimos su solicitud de autorización dentro de los plazos requeridos;
- Usted no pudo recibir un servicio o artículo cubierto de un proveedor dentro de nuestra red en un plazo razonable; o
- No actuamos dentro de los plazos para revisar una decisión de cobertura y comunicarle una decisión.

¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión de cobertura para saber si es correcta. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Puede solicitarnos una “Apelación estándar” o una “Apelación rápida”. Cuando terminemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le decimos que el servicio o artículo no está cubierto, su caso puede pasar a una Apelación de Nivel 2.

¿Cómo presento una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar su Apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al **1-866-633-4454**, TTY **711**. Para obtener información detallada adicional sobre cómo comunicarse con nosotros en relación con las apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Si solicita una Apelación estándar o una Apelación rápida, puede hacerlo por escrito o llamarnos.
 - Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Complaint and Appeals Department
P. O. Box 6103
MS CA 124-0187
Cypress, CA 90630-0023
 - O puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden poner su solicitud por escrito y enviarnosla por correo o fax. También puede llamarnos para solicitar una Apelación.

- Solicite la apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la decisión que desea apelar. Si se le pasa el plazo por un buen motivo, podrá apelar de todas maneras.
- Si apela porque le dijimos que un servicio que está recibiendo actualmente cambiará o se interrumpirá, **usted tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su Apelación.
- Siga leyendo esta sección para saber qué plazo corresponde a su Apelación.

El término legal para “Apelación rápida” es **“reconsideración rápida”**.

¿Alguien más puede presentar la Apelación de Nivel 1 por mí?

Sí. Su proveedor puede solicitar la Apelación en nombre de usted. Si usted desea que alguien que no sea su proveedor presente la Apelación por usted, primero debe llenar un formulario de Nombramiento de un Representante. El formulario autoriza a la otra persona a actuar por usted.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un Representante, llame a Servicio al Cliente y pida uno, o visite [cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf).

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

Si la Apelación proviene de otra persona que no sea usted o su proveedor, debemos recibir el formulario de Nombramiento de un Representante llenado antes de que podamos revisar su solicitud.

Si no recibimos este formulario y alguien actúa por usted, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, usted tiene derecho a que otra persona revise nuestra desestimación. Le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una Apelación de Nivel 1?

Usted debe solicitar una Apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión de cobertura.

Si se le pasa este plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su Apelación. Buenos motivos incluyen, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo para solicitar una Apelación. Cuando presente su Apelación, usted debe explicar el motivo por el cual se demoró en presentarla.

NOTA: Si apela porque le dijimos que un servicio que está recibiendo actualmente cambiará o se interrumpirá, **usted tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su Apelación. Para obtener más información, lea “¿Continuarán mis beneficios durante una Apelación de Nivel 1?” en la página 162.

¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Puede pedir ver en cualquier momento los registros médicos y otros documentos que usamos para tomar nuestra decisión. Sin costo para usted, también puede pedir una copia de las pautas que usamos para tomar nuestra decisión. Para pedirnos esta información, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

¿Mi proveedor puede darles más información para respaldar mi Apelación de Nivel 1?

Sí. Tanto usted como su proveedor pueden darnos más información para respaldar su Apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión de una Apelación de Nivel 1?

Revisamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico. Luego verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos pedírsela a usted o a su proveedor.

¿Cuándo y cómo me enteraré de la decisión de una Apelación estándar de Nivel 1?

Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su Apelación (o en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si usted envió su Apelación antes de obtener los artículos o servicios. Si su condición de salud lo requiere, le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Sin embargo, si usted pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su Apelación es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomárnoslos. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 192.
- Si no le damos una respuesta a su Apelación en un plazo no mayor de 30 días calendario (o en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su Apelación por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare) o cuando terminen los días adicionales (si los tomamos), su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación si generalmente el servicio o artículo está cubierto por Medicare o tanto por Medicare como por el programa MassHealth. Si esto ocurre, se lo notificaremos. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo del programa MassHealth, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 163.

Le enviaremos una carta para darle nuestra respuesta sobre su Apelación.

Si Aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos aprobar o proporcionar esa cobertura. Debemos aprobar o proporcionar la cobertura para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su Apelación.

Si Denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si Medicare o tanto Medicare como el programa MassHealth tradicionalmente pagan el servicio o artículo, la carta que le enviaremos le dirá que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si el programa MassHealth tradicionalmente paga el servicio o artículo, la carta también le dirá que usted puede solicitar una Apelación de Nivel 2 a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 163.

¿Cuándo y cómo me enteraré de la decisión de una Apelación rápida de Nivel 1?

Si obtiene una Apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su Apelación. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Sin embargo, si usted pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomárnoslos. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 192.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo no mayor de 72 horas o cuando terminen los días adicionales (si los tomamos), su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación si generalmente el servicio o artículo está cubierto por Medicare o tanto por Medicare como por el programa MassHealth. Si esto ocurre, se lo notificaremos. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo del programa MassHealth, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 163.

Le enviaremos una carta para darle nuestra respuesta sobre su Apelación.

Si Aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos aprobar o proporcionar esa cobertura.

Si Denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si Medicare o Medicare y el programa MassHealth tradicionalmente pagan el servicio o artículo, la carta que le enviaremos le dirá que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si el programa MassHealth tradicionalmente paga el servicio o artículo, la carta también le dirá que usted puede solicitar una Apelación de Nivel 2 a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 163.

¿Continuarán mis beneficios durante una Apelación de Nivel 1?

Si usted apela para recibir un nuevo servicio de nuestro plan, no recibirá ese servicio, a menos que su Apelación haya terminado y nuestra decisión sea que el servicio está cubierto.

Si usted apela porque decidimos cambiar o interrumpir un servicio que fue aprobado previamente, tiene derecho a seguir recibiendo ese servicio de nuestro plan durante su Apelación. Antes de cambiar o interrumpir un servicio, le enviaremos un aviso. Si usted no está de acuerdo con la medida descrita en el aviso, puede presentar una Apelación de Nivel 1 y pedir que continuemos con sus beneficios por el servicio. A fin de que sus beneficios continúen, usted debe **presentar la solicitud a más tardar en la última de las siguientes fechas:**

- En un plazo no mayor de 10 días a partir de la fecha en que se envió el aviso de la medida por correo; o



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- La fecha de vigencia prevista de la medida.

Si usted cumple este plazo, puede seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su Apelación.

- Si desea continuar con sus beneficios mientras su Apelación esté pendiente:
 - Puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**; o
 - Para recibir ayuda adicional, puede llamar al programa My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al **711** para llamar al **1-855-781-9898** o Videoteléfono [VP] al **339-224-6831**) o enviar un correo electrónico a info@myombudsman.org.

Sección E4 Apelación de Nivel 2 relacionada con servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D)

Si el plan Deniega su Apelación de Nivel 1, ¿qué ocurre después?

Si **Denegamos** de manera total o parcial su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dirá si su Apelación es para obtener un servicio o artículo cubierto por Medicare, tanto por Medicare como por el programa MassHealth, o solamente por el programa MassHealth. También le dirá cómo presentar una Apelación de Nivel 2 y describirá el proceso de apelación de Nivel 2.

¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda Apelación, que realiza una organización independiente que no tiene relación con el plan. La organización encargada de las Apelaciones de Nivel 2 de Medicare se llama Entidad de Revisión Independiente (IRE). La Entidad de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia del gobierno. Medicare supervisa su trabajo. La organización encargada de las Apelaciones de Nivel 2 del programa MassHealth se llama Junta de Audiencias del Programa MassHealth.

Usted tiene derechos de Apelación tanto con Medicare como con el programa MassHealth. Los artículos y servicios que usted puede recibir con nuestro plan están cubiertos por Medicare solamente, por el programa MassHealth solamente o tanto por Medicare como por el programa MassHealth.

- Cuando un servicio o artículo está cubierto por Medicare solamente, usted obtendrá **automáticamente** una Apelación de Nivel 2 de Medicare ante la Entidad de Revisión Independiente si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 fue una denegación.
- Cuando un servicio o artículo está cubierto por el programa MassHealth solamente, **usted debe solicitar** una Apelación de Nivel 2 a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 fue una **Denegación** y usted desea volver a apelar.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Cuando un servicio o artículo está cubierto **tanto** por Medicare como por el programa MassHealth, usted obtendrá **automáticamente** una Apelación de Nivel 2 de Medicare ante la Entidad de Revisión Independiente si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 fue una **Denegación. Usted también puede solicitar** una Apelación de Nivel 2 a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth.

Para asegurarse de que las Apelaciones de Nivel 2 sean justas y no lleven demasiado tiempo, hay algunas reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuáles son las reglas para solicitar una Apelación de Nivel 2 a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth?

Usted debe solicitar una Apelación de Nivel 2 a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth **en un plazo no mayor de 120 días calendario** desde la fecha de nuestra carta que le informaba nuestra decisión sobre la Apelación de Nivel 1. La carta le explicará cómo solicitar una Apelación de Nivel 2 a la Junta de Audiencias:

- La Junta de Audiencias del Programa MassHealth no tiene relación con UnitedHealthcare Connected for One Care.
- Usted puede pedir una copia de su expediente.

Para solicitar una Apelación de Nivel 2 a la Junta de Audiencias, debe llenar un Formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial. Puede obtener el formulario:

- En Internet en: mass.gov/files/documents/2016/07/rq/fair-hearing.pdf
- Por teléfono si llama a Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, TTY **711** (para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla).

La Junta de Audiencias debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 30 días calendario después de haber recibido su Apelación. Si la Junta de Audiencias necesita recopilar más información que pueda ayudarle a usted, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.

Si su Apelación fue “rápida” en el Nivel 1, automáticamente será una Apelación rápida en el Nivel 2. La Junta de Audiencias debe darle una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que reciba su Apelación. Si la Junta de Audiencias necesita recopilar más información, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.

¿Cuáles son las reglas para obtener una Apelación ante la Entidad de Revisión Independiente de Medicare?

Si **Denegamos** de manera total o parcial su Apelación en el Nivel 1 y Medicare o tanto Medicare como el programa MassHealth tradicionalmente cubren el servicio o artículo, usted obtendrá **automáticamente** una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE). La Entidad de Revisión Independiente revisará minuciosamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si se la debe cambiar.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

- Enviaremos automáticamente las denegaciones (totales o parciales) a la Entidad de Revisión Independiente. Si esto ocurre, se lo notificaremos. Usted no necesita solicitar la Apelación de Nivel 2 para servicios y artículos cubiertos por Medicare.
- La Entidad de Revisión Independiente es contratada por Medicare y no tiene relación con este plan.
- Para obtener una copia de su expediente, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

La Entidad de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que reciba su Apelación (o en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que reciba su Apelación por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si usted envió su Apelación antes de obtener los artículos o servicios médicos.

- Si la Entidad de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda ayudarle a usted, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la Entidad de Revisión Independiente decide tomarse días adicionales para tomar una decisión, se lo informará a través de una carta. La Entidad de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su Apelación es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su Apelación fue “rápida” en el Nivel 1, automáticamente será una Apelación rápida en el Nivel 2. La Entidad de Revisión Independiente debe darle una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que reciba su Apelación.

- Si la Entidad de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda ayudarle a usted, puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales. Si la Entidad de Revisión Independiente decide tomarse días adicionales para tomar una decisión, se lo informará a través de una carta. La Entidad de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su Apelación es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

¿Continuarán mis beneficios durante la Apelación de Nivel 2?

Si su problema es sobre un servicio **cubierto por Medicare solamente**, sus beneficios por ese servicio **no** continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente.

Si su problema es sobre un servicio **cubierto por el programa MassHealth o tanto por Medicare como por el programa MassHealth**, sus beneficios por ese servicio continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 si:

- Usted apela porque decidimos reducir o interrumpir un servicio que usted ya estaba recibiendo, **Y**
- Solicita una Apelación de Nivel 2 a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth.

Para recibir un servicio mientras apela, usted debe:



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Solicitar a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth que revise su Apelación en un plazo no mayor de 10 días después de recibir nuestra carta sobre la decisión de la Apelación de Nivel 1.
- Avisar a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth que usted desea que nuestro plan siga prestándole el servicio mientras usted apela.

Si sigue recibiendo servicios durante el proceso de Apelación de la Junta de Audiencias y la decisión no es a su favor, es posible que tenga que pagar el costo de esos servicios.

Si usted no solicita a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth que revise su Apelación, no recibirá el servicio durante su Apelación.

Si apela para recibir un nuevo servicio, no recibirá ese servicio mientras apela, aunque solicite una Apelación a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth, esta le enviará una carta para explicarle su decisión.

- Si la Junta de Audiencias **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos aprobar el servicio o artículo en un plazo no mayor de 72 horas.
- Si la Junta de Audiencias **Deniega** de manera total o parcial lo que usted solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 1. A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su Apelación”.

Si su Apelación pasó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), esta le enviará una carta para explicarle su decisión.

- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico en un plazo no mayor de 72 horas o darle el servicio o artículo en un plazo no mayor de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Entidad de Revisión Independiente. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico o darle el servicio o artículo en un plazo no mayor de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Entidad de Revisión Independiente.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó en su apelación estándar por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la decisión de la Entidad de Revisión Independiente. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Entidad de Revisión Independiente.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si la Entidad de Revisión Independiente **Deniega** de manera total o parcial lo que usted solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de Nivel 1. A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su apelación”.

¿Qué ocurre si apelé tanto ante la Junta de Audiencias como ante la Entidad de Revisión Independiente y estas toman decisiones diferentes?

Si la Junta de Audiencias o la Entidad de Revisión Independiente decide **Aceptar** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le daremos el servicio o artículo aprobado que sea más parecido a lo que usted solicitó en su Apelación.

Si la decisión Deniega de manera total o parcial lo que solicité, ¿puedo presentar otra Apelación?

- Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth, usted puede seguir apelando ante el Tribunal Superior de Commonwealth of Massachusetts.
- Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), usted puede apelar de nuevo solamente si el valor monetario del servicio o del artículo que usted desea alcanza un cierto nivel mínimo. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le explicará los derechos de apelación adicionales que usted pueda tener.
- Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth y a la Entidad de Revisión Independiente, usted dispone de ambas opciones de apelación adicionales.

Para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación, consulte la Sección I en la página 191.

Sección E5 Problemas de pago

Con One Care, hay reglas para recibir servicios y artículos. Una de las reglas es que el servicio o artículo debe estar cubierto por nuestro plan. Otra regla es que usted debe recibir el servicio o artículo de uno de los proveedores dentro de nuestra red. Consulte el Capítulo 3 para leer todas las reglas. Si sigue todas las reglas, pagaremos sus servicios y artículos.

Si no está seguro de que vayamos a pagar un artículo o servicio que usted desea recibir o un proveedor que desea usar, **pregúntele a su Coordinador del Cuidado de la Salud o llame a Servicio al Cliente antes de recibir el servicio**. Su Coordinador del Cuidado de la Salud o Servicio al Cliente le dirán si el plan pagará o si usted tiene que solicitarnos una decisión de cobertura.

Si decide recibir un servicio o artículo que podría no estar cubierto por nuestro plan, o si recibe un servicio o artículo de un proveedor que no trabaja con nuestro plan, no pagaremos automáticamente el servicio o artículo. En ese caso, es posible que usted tenga que pagar el servicio o artículo. Si es así y desea pedirnos que le hagamos un reembolso, lea primero el Capítulo 7: “Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibí por servicios o medicamentos cubiertos”. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted podría necesitar pedir que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para pedirnos el pago.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

¿Qué ocurre si seguí las reglas para recibir servicios y artículos, pero recibí una factura de un proveedor?

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios ni artículos cubiertos, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.

¿Puedo pedirles que me reembolsen el costo de un servicio o artículo que pagué?

Recuerde que, si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagar la factura. Pero, si lo hace, puede recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios y los artículos.

Si pide un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Decidiremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto, y verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto, y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o artículo en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
 - O, si usted aún no pagó el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de que enviemos el pago significa que su solicitud de una decisión de cobertura ha sido “aceptada”.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para avisarle que no pagaremos el servicio o artículo, y para explicarle por qué.

¿Qué se puede hacer si decidimos no pagar?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una Apelación.** Siga el proceso de apelación descrito en la Sección E3 en la página 158. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una Apelación para obtener un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su Apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos el costo de un servicio o artículo que usted ya recibió y pagó, no puede solicitar una Apelación rápida.

Si **Denegamos** su Apelación y el servicio o artículo está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Si esto ocurre, se lo notificaremos por carta.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

- Si la Entidad de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle a usted, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si **Aceptamos** su Apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que usted pidió a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 60 días calendario.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su Apelación”.) La carta que usted reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que usted pueda tener. Puede volver a apelar solamente si el valor monetario del servicio o del artículo que desea alcanza un cierto nivel mínimo. Para obtener más información sobre los niveles adicionales de Apelación, consulte la Sección I en la página 191.

Si **Denegamos** su Apelación y el servicio o artículo está cubierto por el programa MassHealth, usted no puede apelar el pago ante la Junta de Audiencias para Apelaciones del Programa MassHealth.

Sección F Medicamentos de la Parte D

Sección F1 Qué puede hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay unos pocos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que el programa MassHealth podría cubrir. **Esta sección se aplica únicamente a las Apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de Medicamentos incluye algunos medicamentos que tienen un asterisco. Estos medicamentos no son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos que tienen un asterisco siguen el proceso que se describe en la **Sección E** en la página 155.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una Apelación sobre medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. A continuación, encontrará ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar relacionadas con sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, por ejemplo:
 - Nos pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos del plan; o

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

- Nos pide que no se aplique una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, si su medicamento está en la Lista de Medicamentos del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirse).

NOTA: Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta, recibirá un aviso que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos pide que paguemos un medicamento con receta que usted ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es **“determinación de cobertura”**.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una Apelación.

Consulte la tabla a continuación para decidir en qué sección encontrar la información para su situación.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos?</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que usted cumple todas las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una preaprobación) para el medicamento que necesita?</p>	<p>¿Desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?</p>	<p>¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la manera que usted desea?</p>
<p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p>	<p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p>	<p>Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p>	<p>Puede presentar una Apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.)</p>

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

<p>Comience por la Sección F2 en la página 171. Consulte también las Secciones F3 y F4 en la página 172.</p>	<p>Pase a la Sección F4 en la página 172.</p>	<p>Pase a la Sección F4 en la página 172.</p>	<p>Pase a la Sección F5 en la página 175.</p>
---	--	--	--

Sección F2 Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de Medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos o no está cubierto como usted quisiera, puede solicitarnos que hagamos una excepción.

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Los siguientes son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos.

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.
 - No pueden solicitar una excepción al copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
2. Eliminar una restricción a nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las reglas y restricciones adicionales para la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - Que se le exija el uso de la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (A veces, a esto se le llama “preautorización” [PA].) Debemos proporcionar los criterios de necesidad médica para obtener la aprobación del plan para un medicamento si usted, su proveedor o el programa MassHealth nos los pide.
 - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted pide. (A veces, a esto se le llama “terapia escalonada”.)
 - Tener límites de cantidad. Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

El término legal que a veces se usa para pedir que se elimine una restricción a la cobertura de un medicamento es solicitar una **“excepción al formulario”**.

Sección F3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico u otro profesional que receta deben informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de parte de su médico o de otro profesional que receta cuando usted solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Se les llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría surtir exactamente el mismo efecto que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Aceptaremos o Denegaremos su solicitud de excepción

- Si **Aceptamos** su solicitud de excepción, generalmente la excepción dura hasta el final del año calendario, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si **Denegamos** su solicitud de excepción, usted puede presentar una Apelación para solicitar la revisión de nuestra decisión. La Sección F5 en la página 175 indica cómo presentar una Apelación si **Denegamos** su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección F4 Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso del costo de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué puede hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llámenos, escribanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Puede llamarnos al **1-866-633-4454**, TTY **711**. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) u otra persona que actúe en nombre de usted pueden solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en nombre de usted.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Lea la Sección D en la página 151 para saber cómo autorizar a alguien para que actúe como su representante.
- No es necesario que usted le dé a su médico o a otro profesional que receta un permiso por escrito para solicitarnos una decisión de cobertura en nombre de usted.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, lea el Capítulo 7 de esta guía. El Capítulo 7 describe cuándo podría necesitar pedir un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.
- Si solicita una excepción, presente la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional que receta deben darnos las razones médicas para la excepción relacionada con un medicamento. A este documento se le llama “declaración de respaldo”.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional que receta también pueden explicarnos las razones por teléfono y luego enviarnos una declaración por correo o por fax.

Resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un pago o un medicamento

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud, o pídale a su representante, su médico u otro profesional que receta que lo hagan. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en un plazo no mayor de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso del costo de un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico o de otro profesional que receta.
- Usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman en un plazo no mayor de 24 horas.)
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Usaremos los “plazos estándar”, a menos que hayamos aceptado usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación de cobertura rápida**”.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si solicita un medicamento que aún no recibió.** (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.)

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si los plazos estándar podrían afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional.**

Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos concederle una decisión de cobertura rápida, y la carta se lo informará.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico ni de otro profesional que receta), decidiremos si le concederemos o no una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviaremos una carta para comunicárselo. La carta le explicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de concederle una decisión estándar.
 - Puede presentar una “queja rápida” y recibir una respuesta a la queja en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 192.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud. O, si solicita una excepción, esto significa en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico o el profesional que le receta en respaldo de su solicitud. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos proporcionarle la cobertura en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico o del profesional que le receta en respaldo de su solicitud.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” relacionada con un medicamento que usted aún no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud. O, si solicita una excepción, esto significa en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o el profesional que le receta. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos aprobar o proporcionarle la cobertura en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud o, si solicita una excepción, después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o el profesional que le receta.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le realizaremos el pago en un plazo no mayor de 14 días calendario.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Sección F5 Apelación de Nivel 1 relacionada con medicamentos de la Parte D

- Para iniciar su Apelación, usted, su médico, otro profesional que receta o su representante deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo.
- Si solicita una Apelación estándar, puede hacerlo mediante el envío de una solicitud por escrito. **Para solicitar una Apelación, también puede llamarnos al 1-866-633-4454, TTY 711.**
- Si desea presentar una Apelación rápida, puede escribirnos o llamarnos para presentar su Apelación.
- Presente su solicitud de Apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su Apelación. Buenos motivos incluyen, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo para solicitar una Apelación.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su Apelación. Para pedir una copia, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454, TTY 711.**

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454, TTY 711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico, el profesional que le receta o su representante pueden poner su solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. Para solicitar una Apelación, también puede llamarnos al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

- Solicite la apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la decisión que desea apelar. Si se le pasa el plazo por un buen motivo, podrá apelar de todas maneras.
- Usted, su médico, el profesional que le receta o su representante pueden llamarnos para solicitar una Apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una Apelación al plan por una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es **“redeterminación”** del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que receta pueden darnos información adicional para respaldar su Apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “Apelación rápida”

- Si apela una decisión que tomó nuestro plan sobre un medicamento que usted aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una “Apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “Apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, según se describen en la Sección F4 en la página 172.

El término legal para “Apelación rápida” es **“redeterminación rápida”**.

Nuestro plan revisará su Apelación y le comunicará nuestra decisión

- Examinaremos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información. El revisor será alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original.

Plazos para una “Apelación rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su Apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos proporcionar la cobertura en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su Apelación.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta.

Plazos para una “Apelación estándar”

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su Apelación o antes si su salud lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró. Si pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su apelación. Si usted piensa que su salud lo requiere, debe solicitar una “Apelación rápida”.
- Si no le damos una decisión en un plazo no mayor de 7 días calendario, o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si Aceptamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos proporcionarle la cobertura con la rapidez que requiera su salud, pero en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su Apelación o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud de Apelación.
- **Si Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explicará las razones de nuestra respuesta y le indicará cómo apelar nuestra decisión.

Sección F6 Apelación de Nivel 2 relacionada con medicamentos de la Parte D

Si **Denegamos** de manera total o parcial su Apelación, usted puede decidir si acepta esta decisión o presenta otra Apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si usted desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de Apelación por escrito. La carta que le enviemos sobre nuestra decisión de la Apelación de Nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Si usted presenta una Apelación ante la Entidad de Revisión Independiente, nosotros le enviaremos el expediente de su caso a esta organización. Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso. Para hacerlo, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

-
- Usted tiene derecho a dar otra información a la Entidad de Revisión Independiente para respaldar su Apelación.
 - La Entidad de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con este plan y no es una agencia del gobierno.
 - Los revisores de la Entidad de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su Apelación. La organización le enviará una carta para explicarle su decisión.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si usted desea que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revise su caso, debe presentar su solicitud de Apelación por escrito.

- Solicite la apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la decisión que desea apelar. Si se le pasa el plazo por un buen motivo, podrá apelar de todas maneras.
- Usted, su médico, otro profesional que receta o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.
- ¡Lea este capítulo para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

El término legal para una apelación ante la Entidad de Revisión Independiente sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

Plazos para una “Apelación rápida” de Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite una “Apelación rápida” a la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Si la Entidad de Revisión Independiente acepta concederle una Apelación rápida, debe responder su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 72 horas después de que reciba su solicitud de Apelación.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos aprobar o proporcionarle la cobertura del medicamento en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la decisión.

Plazos para una “Apelación estándar” de Nivel 2

- Si presenta una Apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe responder su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que reciba su Apelación o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial lo que usted solicitó, debemos aprobar o proporcionarle la cobertura del medicamento en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la decisión.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si la Entidad de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente Deniega su Apelación de Nivel 2?

Denegación significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “ratificar la decisión”. También se le llama “denegar su Apelación”.

Si usted desea pasar al Nivel 3 del proceso de Apelación, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor monetario mínimo. Si el valor monetario es inferior al mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, usted puede solicitar una Apelación de Nivel 3. La carta que reciba de la Entidad de Revisión Independiente le informará cuál es el valor monetario necesario para continuar con el proceso de Apelación.

Sección G **Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada**

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico, su Coordinador del Cuidado de la Salud y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararle para el día en que deje el hospital. También le ayudarán con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al salir del hospital.

- El día que deja el hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha de alta.

Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Sección G1 **Sus derechos de Medicare si usted es admitido en el hospital**

En un plazo no mayor de dos días después de ser admitido en el hospital, un asistente social o una enfermera le entregarán un aviso llamado “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos”. Si no recibe este aviso, pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al **1-877-486-2048**.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no comprende. El “Aviso Importante” le informa sus derechos como paciente del hospital, que incluyen sus derechos a:

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Participar en cualquiera de las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
- Saber dónde informar todo problema o inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma del aviso no significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puedan haberle dado su médico o el personal del hospital.

Guarde su copia del aviso firmado para poder tener esa información si la necesita.

- Si desea ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.
- También puede consultar el aviso en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.
- Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente o a Medicare a los números indicados anteriormente.

Sección G2 Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea que cubramos durante más tiempo sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, debe solicitar una Apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad hará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted. En Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

Si usted desea presentar una Apelación para cambiar su fecha de alta, llame a KEPRO al: **1-888-319-8452**, TTY **711**.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital y, a más tardar, en su fecha de alta programada. El aviso “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos” contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- **Si usted llama antes de dejar el hospital**, se le permite quedarse después de su fecha de alta programada sin pagar la estadía mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la decisión sobre su Apelación.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que tenga que pagar todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.
- **Si se le pasa el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su Apelación, puede presentar su Apelación directamente ante nuestro plan en su lugar. Para obtener información detallada, consulte la Sección G4 en la página 183.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al **1-888-319-8452**, TTY **1-855-843-4776**, y solicite una revisión rápida.

Llame antes de dejar el hospital y antes de su fecha de alta programada.

Queremos asegurarnos de que usted entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP), que se llama SHINE en Massachusetts. El número de teléfono del programa SHINE es el **1-800-243-4636**. TTY (para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla): **1-800-439-2370** (Massachusetts solamente). O bien, puede llamar al **1-855-781-9898** (o usar MassRelay al 711 para llamar al **1-855-781-9898** o Videoteléfono [VP] al **339-224-6831**) o enviar un correo electrónico a info@myombudsman.org para recibir ayuda del programa My Ombudsman.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla.

Solicite una “revisión rápida”

Debe solicitar una “revisión rápida” de su alta a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted pide a la organización que use los plazos rápidos para una apelación en lugar de usar los plazos estándar.

El término legal para “revisión rápida” es **“revisión inmediata”**.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta programada. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
 - Los revisores examinarán su registro médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
-

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores nos informen sobre su Apelación, usted recibirá una carta que le indicará cuál es su fecha de alta programada y le explicará las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es apropiado que a usted le den de alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito es “Aviso Detallado del Alta”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O bien, usted puede consultar un aviso de muestra en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html**.

¿Qué sucede si la apelación es Aceptada?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su Apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la apelación es Denegada?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su Apelación, significa que considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. En este caso, nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación y usted decide quedarse en el hospital, es posible que tenga que pagar por continuar con su estadía en el hospital. El costo del cuidado hospitalario que tenga que pagar comienza al mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **deniega** su Apelación y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2.

Sección G3 **Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

En Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al: **1-888-319-8452**, TTY **711**.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su Apelación.
- En un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al **1-888-319-8452**, TTY **1-855-843-4776**, y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si la apelación es Aceptada?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que usted recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha de la decisión de su primera Apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura de su cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la apelación es Denegada?

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su Apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Sección G4 Qué sucede si se le pasa el plazo de una Apelación

Si se le pasa el plazo de una Apelación, hay otra manera de presentar Apelaciones de Nivel 1 y de Nivel 2, llamadas Apelaciones Alternativas.

Apelación Alternativa de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (que es en un plazo no mayor de 60 días o a más tardar en su fecha de alta programada, lo que ocurra primero), puede presentar una Apelación ante nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una Apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, revisamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si la decisión respecto a cuándo usted debería dejar el hospital fue justa y siguió todas las reglas.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le comunicaremos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que usted solicite una revisión rápida.
- **Si Aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo con que usted aún necesita quedarse en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- **Si Denegamos su revisión rápida**, estamos diciendo que su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados termina el día en que indicamos que su cobertura terminaría.
 - Si usted se quedó en el hospital después de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta programada.
- Para garantizar que estábamos siguiendo todas las reglas cuando **Denegamos** su Apelación rápida, enviaremos su Apelación a la Entidad de Revisión Independiente. Cuando esto ocurre, significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación.

Resumen: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro número de Servicio al Cliente y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.

Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas.

El término legal para “revisión rápida” es “**Apelación rápida**”.

Apelación Alternativa de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en un plazo no mayor de 24 horas después de comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Si usted piensa que no estamos cumpliendo este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección J en la página 192 indica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente revisa nuestra decisión cuando **Denegamos** su revisión rápida. Esta organización determina si debemos modificar la decisión que tomamos.

- La Entidad de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su Apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.
- La Entidad de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Los revisores de la Entidad de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con la Apelación de su alta del hospital.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Acepta** su Apelación, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que usted recibió desde su fecha de alta programada. También debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la Entidad de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta del hospital programada era médicamente apropiada.
- La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información detallada sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.

NOTA: Usted también puede solicitar una Apelación de Nivel 2 a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth. La Sección E4 en la página 163 explica cómo apelar ante la Junta de Audiencias.

Sección H **Qué puede hacer si piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto**

Esta sección trata solamente sobre los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio.
- Cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Cuidado de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que usted los necesita.
 - Si decidimos interrumpir la cobertura de cualquiera de estos servicios, debemos informárselo antes de que terminen sus servicios. Cuando su cobertura de este cuidado termine, dejaremos de pagar su cuidado.

Si usted piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una Apelación.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección H1 Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama “Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”. El aviso por escrito le indica la fecha en que interrumpiremos la cobertura de su cuidado y cómo apelar esa decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. El hecho de firmarlo **no** significa que usted está de acuerdo con el plan en que es momento de interrumpir el cuidado.

Cuando su cobertura termine, dejaremos de pagar.

Sección H2 Apelación de Nivel 1 para continuar con su cuidado

Si piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una Apelación.

Antes de comenzar su Apelación, infórmese sobre lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir los plazos que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe respetar. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección J en la página 192 indica cómo presentar una queja.)
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese:
 - Con Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**
 - Con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP), que se llama SHINE en Massachusetts. El número de teléfono del programa SHINE es el **1-800-243-4636**. TTY (para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla): **1-800-439-2370** (Massachusetts solamente), o
 - Con el programa My Ombudsman por teléfono al **1-855-781-9898** (o use MassRelay al **711** para llamar al **1-855-781-9898** o Videoteléfono [VP] al **339-224-6831**) o por correo electrónico a info@myombudsman.org.

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su Apelación y decidirá si cambiará la decisión que tomamos. En Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al: **1-888-319-8452**, TTY **711**. También encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el “Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”, que es el aviso que recibió cuando le dijeron que dejaríamos de cubrir su cuidado.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan que continúe con su cuidado

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al **1-888-319-8452**, TTY **711**, y solicite una “apelación de tramitación rápida”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le está proporcionando su cuidado y antes de su fecha de alta programada.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla.

¿Qué debe solicitar?

Solicítesles una “apelación de tramitación rápida”. Es una revisión independiente para saber si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es su plazo para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día siguiente a que usted recibió el aviso por escrito que indica la fecha en que interrumpiremos la cobertura de su cuidado.
 - Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su Apelación, puede presentar su Apelación directamente ante nosotros en su lugar. Para obtener información detallada sobre esta otra manera de presentar su Apelación, consulte la Sección H4 en la página 189.
-

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY—las personas que tienen dificultades para oír o hablar—deben llamar al **1-877-486-2048**.) O bien, usted puede consultar un aviso de muestra en Internet en **[cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI)**.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
 - Cuando solicite una Apelación, el plan deberá escribirles una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para explicar por qué deberían terminar sus servicios.
 - Los revisores también examinarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que les proporcionó nuestro plan.
-

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **En un plazo no mayor de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Usted recibirá una carta que le explicará la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué sus servicios deberían terminar es **“Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura”**.

¿Qué sucede si los revisores **Aceptan** su apelación?

- Si los revisores **Aceptan** su Apelación, debemos seguir prestándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si los revisores **Deniegan** su apelación?

- Si los revisores **Deniegan** su Apelación, su cobertura terminará en la fecha que le indicamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de asistencia médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que termine su cobertura, es posible que tenga que pagar el costo total de este cuidado.

Sección H3 Apelación de Nivel 2 para continuar con su cuidado

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** la Apelación **y** usted decide seguir recibiendo el cuidado después de que haya terminado su cobertura para el cuidado, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinará otra vez la decisión que tomó en el Nivel 1. Si está de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.

En Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al: **1-888-319-8452**, TTY **711**. Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan cubra su cuidado durante más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al **1-888-319-8452**, TTY **711**, y solicite otra revisión.

Haga la llamada antes de dejar la agencia o el centro que le está proporcionando su cuidado y antes de su fecha de alta programada.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su Apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión en un plazo no mayor de 14 días después de recibir su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión Acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. Debemos seguir proporcionando cobertura del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión Deniega su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en la Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- La carta que usted reciba le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información detallada sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

Sección H4 **Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1**

Si se le pasan los plazos de apelación, hay otra manera de presentar Apelaciones de Nivel 1 y de Nivel 2, llamadas Apelaciones Alternativas.

Apelación Alternativa de Nivel 1 para continuar con su cuidado durante más tiempo

Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una Apelación ante nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una Apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o el cuidado que usted está recibiendo en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF). Verificamos si la decisión respecto a la fecha en que deberían terminar sus servicios fue justa y siguió todas las reglas.

Resumen: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro número de Servicio al Cliente y solicite una revisión rápida.

Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas.

- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que solicite una revisión rápida.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

-
- **Si Aceptamos** su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
 - **Si Denegamos** su revisión rápida, significa que la interrupción de sus servicios era médicamente apropiada. Nuestra cobertura termina a partir del día en que indicamos que su cobertura terminaría.

Si usted sigue recibiendo servicios después del día en que dijimos que se interrumpirían, **es posible que tenga que pagar el costo total** de los servicios.

Para garantizar que estábamos siguiendo todas las reglas cuando **Denegamos** su Apelación rápida, enviaremos su Apelación a la Entidad de Revisión Independiente. Cuando esto ocurre, significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de Apelación.

El término legal para “revisión rápida” es “**Apelación rápida**”.

Apelación Alternativa de Nivel 2 para continuar con su cuidado durante más tiempo

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en un plazo no mayor de 24 horas después de comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Si usted piensa que no estamos cumpliendo este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección J en la página 192 indica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente revisa la decisión que tomamos cuando **Denegamos** su revisión rápida. Esta organización determina si debemos modificar la decisión que tomamos.

- La Entidad de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su Apelación. Los revisores generalmente le darán una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

La Entidad de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.

- Los revisores de la Entidad de Revisión Independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su Apelación.
- **Si la Entidad de Revisión Independiente Acepta** su Apelación, debemos reembolsarle a usted nuestra parte de los costos del cuidado. También debemos seguir cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la Entidad de Revisión Independiente Deniega** su Apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que la interrupción de la cobertura de servicios era médicamente apropiada.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan continúe con su cuidado

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su Apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información detallada sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.

NOTA: Usted también puede solicitar una Apelación de Nivel 2 a la Junta de Audiencias del Programa MassHealth. La Sección E4 en la página 163 explica cómo apelar ante la Junta de Audiencias.

Sección I Cómo llevar su Apelación más allá del Nivel 2

Sección I1 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y se denegaron ambas apelaciones, usted podría tener derecho a niveles adicionales de Apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. Si usted desea que un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador revise su caso, el artículo o servicio médico que usted está solicitando debe alcanzar un cierto valor monetario mínimo. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, puede pedir al Juez de Derecho Administrativo o a un abogado adjudicador que revise su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador, puede usar el Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, podría tener derecho a solicitar a un tribunal federal que examine su Apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el programa My Ombudsman al **1-855-781-9898** (hay intérpretes de idiomas a la disposición de las personas que no hablan inglés). Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla deben usar MassRelay al **711** para llamar al **1-855-781-9898** o Videoteléfono (VP) al **339-224-6831**. Usted también puede enviar un correo electrónico al programa My Ombudsman a info@myombudsman.org.

Sección I2 Próximos pasos para servicios y artículos del programa MassHealth

Usted también tiene más derechos de Apelación si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios y artículos del programa MassHealth, y se rechazaron ambas Apelaciones. Puede solicitar que un juez revise su Apelación.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el programa My Ombudsman al **1-855-781-9898** (hay intérpretes de idiomas a la disposición de las personas que no hablan inglés). Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla deben usar MassRelay al 711 para llamar al **1-855-781-9898** o Videoteléfono (VP) al **339-224-6831**. Usted también puede enviar un correo electrónico al programa My Ombudsman a info@myombudsman.org.

Sección J Cómo presentar una queja

Sección J1 Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas

El proceso de queja se usa para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de queja.

Resumen: Cómo presentar una queja

Usted puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no tiene relación con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que se ocupan de las quejas externas. Para obtener más información, consulte la Sección J3 en la página 194.

Quejas sobre la calidad

- Usted no está conforme con la calidad del cuidado, por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de cuidado de la salud o su personal fue descortés o irrespetuoso con usted.
- El personal de UnitedHealthcare Connected for One Care le trató mal.
- Usted piensa que le están forzando a dejar el plan.

Quejas sobre accesibilidad

- Los servicios para el cuidado de la salud y las instalaciones del consultorio de un médico o un proveedor no son accesibles para usted.
- Su proveedor no le presta un servicio razonable que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas americano.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

Quejas sobre la igualdad de servicios de salud mental

- Los servicios de salud mental no están disponibles de la misma manera que los servicios de salud física. Para obtener más información, consulte la Sección J4 en la página 196.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Usted tiene problemas para hacer una cita o está esperando demasiado para obtenerla.
- Los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de salud, o los representantes de Servicio al Cliente u otro personal del plan le han hecho esperar demasiado para atenderle.

Quejas sobre la limpieza

- Usted piensa que la clínica, el hospital o el consultorio del proveedor no están limpios.

Quejas sobre el acceso en otros idiomas

- Su médico o proveedor no le ofrece un intérprete durante su cita.

Quejas sobre comunicaciones de nuestra parte

- Usted cree que no le hemos enviado un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Piensa que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.
- Ha solicitado comunicaciones en un formato alternativo (como en letra grande, braille, grabación, etc.) y no concedimos su solicitud.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras medidas relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no estamos cumpliendo nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o para responder su Apelación.
- Usted cree que, después de recibir una decisión de cobertura o de Apelación a su favor, no estamos cumpliendo los plazos para aprobar o prestarle el servicio, o para reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos.
- Usted cree que no enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente a tiempo.

El término legal para “queja” es **“queja formal”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una queja formal”**.

¿Hay diferentes tipos de quejas?

Sí. Usted puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y esta la revisa. **Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al programa My Ombudsman al 1-855-781-9898 (o usar MassRelay al 711 para llamar al 1-855-781-9898 o Videoteléfono [VP] al 339-224-6831).**

? **Si tiene preguntas,** llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J2 **Quejas internas**

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después de que usted tuvo el problema por el que desea quejarse.

- Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- Usted también puede escribir su queja y enviárnosla. Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Si necesita presentar una “queja rápida” o pedirnos que reconsideremos una “apelación rápida”, puede llamar a Servicio al Cliente en cuanto le notifiquen que su apelación seguirá nuestro plazo estándar de apelación o, a más tardar, en el plazo indicado anteriormente para enviarnos su queja.

El término legal para “queja rápida” es “queja formal rápida”.

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada. Si su condición de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es por su bien, o si usted nos pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (un total de 44 días calendario) para responder a su queja. Le explicaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo de manera total o parcial con su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos, independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección J3 **Quejas externas**

Puede informar a Medicare sobre su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El Formulario de Queja de Medicare está disponible en: **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan no está tratando su problema, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

Puede informar al programa MassHealth sobre su queja

Puede presentar una queja ante el programa MassHealth. Para hacerlo, puede llamar al Centro de Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla) deben llamar al **711**.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si piensa que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidades o la asistencia en otros idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es el **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, también puede visitar **hhs.gov/ocr**.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local de la División de Derechos Civiles del Procurador General al **(617) 963-2917** o al TTY **(617) 727-4765**.

También podría tener derechos conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades y conforme a la ley del estado de Massachusetts. Para recibir ayuda, puede comunicarse con el programa My Ombudsman al **1-855-781-9898** (o usar MassRelay al 711 para llamar al **1-855-781-9898** o Videoteléfono [VP] al **339-224-6831**) o enviar un correo electrónico a **info@myombudsman.org**.

Puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, también tiene dos opciones.

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (**sin** presentar la queja ante nosotros).
- Si presenta una queja ante esta organización, colaboraremos con la organización para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Massachusetts, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es el **1-888-319-8452**, TTY **711**.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J4 Quejas sobre la Igualdad de Servicios de Salud Mental

Las leyes federales y estatales exigen que todas las organizaciones de cuidado administrado, entre ellas, UnitedHealthcare Connected for One Care, presten servicios para la salud del comportamiento a los miembros del programa MassHealth de la misma manera en que prestan servicios de salud física. A esto se le llama “igualdad”. En general, esto significa que:

1. Debemos proporcionar el mismo nivel de beneficios por trastornos de salud mental y por consumo de sustancias que usted pueda tener que por otros problemas físicos que pueda tener;
2. No debemos tener requisitos de preautorización ni limitaciones de tratamiento más estrictos para la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias en comparación con los servicios de salud física;
3. Debemos proporcionarles a usted y a su proveedor los criterios de necesidad médica que usamos para la preautorización si lo solicitan; **y**
4. Debemos proporcionarle, en un plazo razonable, el motivo de cualquier denegación de autorización de servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias.

Si usted cree que no estamos cumpliendo el criterio de igualdad según lo explicado anteriormente, tiene derecho a presentar una queja interna. Para obtener más información sobre las quejas internas y cómo presentarlas, consulte la Sección J2 en la página 194.

También puede presentar una queja ante el programa MassHealth. Para hacerlo, puede llamar al Centro de Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla) deben llamar al **711**.

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en UnitedHealthcare Connected for One Care

Introducción

Este capítulo le explica cuándo y cómo usted puede terminar su membresía en UnitedHealthcare Connected for One Care. También le da información sobre las opciones de cobertura de salud si usted deja UnitedHealthcare Connected for One Care. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Siempre y cuando usted siga cumpliendo los requisitos de Medicare y del programa MassHealth, puede dejar UnitedHealthcare Connected for One Care sin perder sus beneficios de Medicare ni del programa MassHealth. Si es mayor de 65 años y decide dejar One Care, no podrá inscribirse en un plan One Care más adelante.

Si cree que desea terminar su membresía en nuestro plan, hay algunas maneras en las que puede obtener más información sobre lo que sucederá y cómo puede seguir recibiendo los servicios de Medicare y del programa MassHealth.

- Llame a Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla) pueden llamar al **711**.
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) pueden llamar al **1-877-486-2048**.
- Comuníquese con un asesor del programa SHINE al **1-800-243-4636**. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla) pueden llamar al **1-800-439-2370**.

Índice

Sección A	Cuándo puede terminar su membresía en UnitedHealthcare Connected for One Care	199
Sección B	Cómo terminar su membresía en nuestro plan.....	200
Sección C	Cómo inscribirse en un plan One Care diferente	200
Sección D	Cómo recibir los servicios de Medicare y del programa MassHealth por separado.....	201
	Sección D1 Maneras de recibir sus servicios del programa MassHealth.....	201
	Sección D2 Maneras de recibir sus servicios de Medicare	201
Sección E	Otras opciones.....	203

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección F	Otras situaciones en las que termina su membresía	203
Sección G	Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud o su discapacidad	204
Sección H	Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan	205

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección A **Cuándo puede terminar su membresía en UnitedHealthcare Connected for One Care**

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene el programa MassHealth, es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente por única vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de Inscripción Especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres períodos de Inscripción Especial, usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de Inscripción Anual**, que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en UnitedHealthcare Connected for One Care terminará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, que abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del próximo mes.

Podría haber otras situaciones en las que usted cumpla los requisitos para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Medicare o Massachusetts le hayan inscrito en un plan One Care,
- Sus requisitos de participación en el programa MassHealth o el programa Ayuda Adicional hayan cambiado,
- Recientemente se haya mudado a un asilo de convalecencia o a un hospital de cuidado a largo plazo, actualmente esté recibiendo cuidado en uno de estos lugares o recién haya salido de uno de ellos, o
- Se haya mudado fuera de nuestra área de servicio.

Su membresía terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura de nuestro plan terminará el 31 de enero. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo). Si usted deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la página 201.
- Servicios del programa MassHealth en la página 201.

Para obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía, puede llamar:

- A Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla) pueden llamar al **711**.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- A un asesor del programa SHINE al **1-800-243-4636**. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla) pueden llamar al **1-800-439-2370**.
- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) pueden llamar al **1-877-486-2048**.

NOTA: Si usted está inscrito en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

Sección B Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Si decide terminar su membresía, llame al programa MassHealth o a Medicare, y dígales que desea dejar UnitedHealthcare Connected for One Care.

- Llame a Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla) pueden llamar al **711; O**
- Envíe al programa MassHealth un Formulario de Decisión de Inscripción. Puede obtener el formulario en **mass.gov/one-care** o llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, si necesita que le enviemos uno por correo; **O**
- En los momentos en que Servicio al Cliente del programa MassHealth esté cerrado, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llama al **1-800-MEDICARE**, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si deja nuestro plan, consulte la tabla de la página 201.

Su cobertura de UnitedHealthcare Connected for One Care terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

Sección C Cómo inscribirse en un plan One Care diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y del programa MassHealth juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en un plan One Care diferente. Puede terminar su membresía en nuestro plan durante ciertos momentos del año, conocidos como Períodos de Inscripción Especial. En ciertas situaciones, usted también podría cumplir los requisitos para dejar el plan en otros momentos del año. Consulte la Sección A para obtener más información sobre **cuándo puede inscribirse en un nuevo plan**.

Para inscribirse en un plan One Care diferente:

- Inscribese en Internet en: **mass.gov/one-care**
- Llame a Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla) pueden llamar al **711**.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Diga que desea dejar UnitedHealthcare Connected for One Care e inscribirse en un plan One Care diferente. Si no está seguro del plan en el que desea inscribirse, pueden informarle sobre los planes One Care en su área; **O**
- Envíe al programa MassHealth un Formulario de Decisión de Inscripción. Puede obtener el formulario en mass.gov/one-care o llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**, si necesita que le enviemos uno por correo.

Si cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial, su cobertura de UnitedHealthcare Connected for One Care terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud. Consulte la Sección A para obtener más información sobre **cuándo puede inscribirse en un nuevo plan**.

Sección D **Cómo recibir los servicios de Medicare y del programa MassHealth por separado**

Si usted no desea inscribirse en un plan One Care diferente después de dejar UnitedHealthcare Connected for One Care, volverá a recibir sus servicios de Medicare y del programa MassHealth por separado.

Sección D1 **Maneras de recibir sus servicios del programa MassHealth**

Recibirá sus servicios del programa MassHealth directamente de médicos y otros proveedores con su tarjeta de dicho programa. A esto se le llama “tarifa por servicio”. Sus servicios del programa MassHealth incluyen la mayoría de los apoyos y servicios a largo plazo, y cuidado de la salud del comportamiento.

Sección D2 **Maneras de recibir sus servicios de Medicare**

Usted tendrá la opción de elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage o un Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE)</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un plan de salud de Medicare o en un Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-439-2370. <p>Su cobertura de UnitedHealthcare Connected for One Care terminará el último día del mes antes de que comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
---	---

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. <p>Su cobertura de UnitedHealthcare Connected for One Care terminará el último día del mes antes de que comience su cobertura de Medicare Original.</p>
<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</p> <p>NOTA: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita o no cobertura de medicamentos, llame al Programa SHINE al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en Medicare Original y excluirse de un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa SHINE (Serving the Health Insurance Needs of Everyone) al 1-800-243-4636. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-439-2370. <p>Su cobertura de UnitedHealthcare Connected for One Care terminará el último día del mes antes de que comience su cobertura de Medicare Original.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.

Sección E Otras opciones

Es posible que algunas personas que decidan no inscribirse en un plan One Care puedan inscribirse en un tipo diferente de plan para recibir sus beneficios de Medicare y del programa MassHealth juntos.

- Si usted es mayor de 55 años, tal vez cumpla los requisitos para inscribirse en el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) (se aplican criterios adicionales). Este programa ayuda a los adultos mayores a permanecer en la comunidad en lugar de recibir cuidado en un centro de enfermería.
- Si usted es mayor de 65 años cuando deje UnitedHealthcare Connected for One Care, es posible que pueda inscribirse en un plan Senior Care Options (SCO).

Para obtener información sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores o los planes SCO y para saber si puede inscribirse en uno, llame a Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla) deben llamar al **711**. Seguirá recibiendo sus servicios de Medicare y del programa MassHealth a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

Si usted deja UnitedHealthcare Connected for One Care, debe seguir recibiendo su cuidado de la salud y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que comience el próximo mes.

- Use los proveedores de la red para recibir cuidado médico.
- Use las farmacias de nuestra red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- **Si es hospitalizado el día en que termina su membresía en UnitedHealthcare Connected for One Care**, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta. Esto ocurrirá, aunque su nueva cobertura de salud comience antes de que le den de alta.

Sección F Otras situaciones en las que termina su membresía

Medicare y el programa MassHealth deben terminar su membresía en nuestro plan en los siguientes casos:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no cumple los requisitos del programa MassHealth y el período de 2 meses en el que se considera que los sigue cumpliendo ha terminado. Nuestro plan es para las personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como para el programa MassHealth.
- Si se inscribe en un programa de Exención de Servicios a Domicilio y en la Comunidad (HCBS) del programa MassHealth
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda a un Centro de Cuidado Intermedio operado por el Departamento de Servicios para el Desarrollo de Massachusetts.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Si va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si no es ciudadano estadounidense ni residente legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón.
 - Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.
- Si tiene u obtiene otro seguro integral para medicamentos con receta o cuidado médico.
- Si permite que otra persona use su Tarjeta de ID de Miembro para recibir cuidado.
 - Si su membresía termina por esta razón, Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso, y el programa MassHealth puede pedir a la Oficina de Investigaciones Especiales que investigue su caso.

También podemos pedirle que deje nuestro plan si se comporta constantemente de una manera que es tan conflictiva que no podemos proporcionarle cuidado ni a usted ni a otros miembros de nuestro plan. Solo podemos hacer que deje el plan si primero obtenemos el permiso de Medicare y del programa MassHealth.

Sección G Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud o su discapacidad

Si usted cree que le estamos pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud o discapacidad, debe llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También debe llamar a Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

Además, puede llamar al programa My Ombudsman al **1-855-781-9898** (número gratuito), de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.

Use **7-1-1** para llamar al **1-855-781-9898**. Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla.

Use Videoteléfono (VP) al **339-224-6831**. Este número es para personas sordas o con dificultades de audición.

- Usted también puede enviar un correo electrónico al programa My Ombudsman a info@myombudsman.org.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección H Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-633-4454**, TTY **711**.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Capítulo 11

Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en UnitedHealthcare Connected for One Care. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Aviso sobre las leyes	207
Sección B	Aviso sobre antidiscriminación.....	207
Sección C	Aviso sobre UnitedHealthcare Connected for One Care como segundo pagador	207
	Sección C1 Subrogación	208
	Sección C2 Derecho de reembolso del plan de salud	208
Sección D	Aviso de prácticas de privacidad	209
Sección E	Responsabilidad civil del miembro	209
Sección F	Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios	209
Sección G	Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil.....	210
Sección H	Motivos de fuerza mayor.....	210
Sección I	Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes	210
Sección J	Evaluación de la tecnología	211
Sección K	Declaraciones del miembro	211
Sección L	Información disponible a solicitud	211
Sección M	Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso en el año 2024	211
Sección N	Compromiso de las decisiones de cobertura	212

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCCommunityPlan.com**.

Sección A Aviso sobre las leyes

Se aplican muchas leyes a esta **Guía para Miembros**. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si esta guía no contiene ni explica esas leyes. Las leyes principales que se aplican a esta guía son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid, así como leyes estatales sobre el programa de Medicaid. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

Sección B Aviso sobre antidiscriminación

Nuestro plan y cada compañía o agencia que trabaja con Medicare y el programa MassHealth debe obedecer las leyes que le protegen a usted de discriminación o trato injusto. **No le discriminamos ni le tratamos diferente** debido a su edad, experiencia de reclamos, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, origen nacional, raza, religión, sexo u orientación sexual.

Tampoco **discriminamos a los miembros ni les tratamos diferente** debido a apelaciones, comportamiento, identidad de género, capacidad mental, recepción de cuidado de la salud o uso de servicios.

Para obtener más información, también puede consultar la Sección B del Capítulo 8, “Nuestra responsabilidad de tratarle de manera justa y con respeto y dignidad en todo momento”.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, también puede visitar [hhs.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr).
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local de la División de Derechos Civiles del Procurador General al **(617) 963-2917** o al TTY **(617) 727-4765**.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios para el cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

Sección C Aviso sobre UnitedHealthcare Connected for One Care como segundo pagador

A veces, un tercero tiene que pagar primero por los servicios que usted recibe de nosotros. Por ejemplo, si usted sufre un accidente de tránsito o si se lesiona en el trabajo, un seguro o el Seguro de Accidentes Laborales debe pagar primero. Luego, si es necesario, pagaremos nosotros.

UnitedHealthcare Connected for One Care tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago por los servicios cubiertos cuando un tercero tiene que pagar primero.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.

Sección C1 **Subrogación**

Subrogación es el proceso mediante el cual UnitedHealthcare Connected for One Care recupera la totalidad o una parte de los costos del cuidado de su salud de parte de otra compañía de seguros. Ejemplos de otras compañías de seguros:

- Su Seguro de Automóvil o del Hogar
- El Seguro de Automóvil o del Hogar de una persona que le provocó su enfermedad o lesión
- Seguro de Accidentes Laborales

Si una compañía de seguros que no sea UnitedHealthcare Connected for One Care debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, UnitedHealthcare Connected for One Care tiene derecho a pedir un reembolso a la compañía de seguros. A menos que la ley exija lo contrario, la cobertura de esta póliza de UnitedHealthcare Connected for One Care será secundaria cuando otro plan le proporcione cobertura de servicios para el cuidado de la salud, que incluye, entre otras, la cobertura de pagos médicos conforme a una póliza de Seguro de Automóvil o del Hogar.

Sección C2 **Derecho de reembolso del plan de salud**

Si usted recibe dinero de una demanda o una satisfacción de deuda por una enfermedad o lesión, UnitedHealthcare Connected for One Care tiene derecho a pedirle que pague el costo de los servicios cubiertos que pagamos. No podemos hacer que nos pague más de la cantidad de dinero que usted obtuvo de la demanda o de la satisfacción de deuda.

Como miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care, usted acepta:

- Hacernos saber de cualquier evento que pueda afectar a los derechos de Subrogación o Reembolso de UnitedHealthcare Connected for One Care.
- Cooperar con UnitedHealthcare Connected for One Care cuando pidamos información y ayuda con la Coordinación de los Beneficios, la Subrogación o el Reembolso.
- Firmar documentos para ayudar a UnitedHealthcare Connected for One Care con sus derechos de Subrogación y Reembolso.
- Autorizar a UnitedHealthcare Connected for One Care a investigar, solicitar y divulgar la información que sea necesaria para llevar a cabo la coordinación de los beneficios, la Subrogación y el Reembolso en la medida de lo permitido por la ley.

Si usted no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que pagarnos los costos en los que podamos incurrir, incluidos los costos legales razonables, para hacer valer nuestros derechos conforme a este plan.

Sección D Aviso de prácticas de privacidad

Este Aviso describe la manera en que su información de salud se puede usar y divulgar, y cómo usted puede obtener dicha información. Revise detenidamente este Aviso de Prácticas de Privacidad. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. El Aviso se puede encontrar en la Sección D2 del Capítulo 8.

Sección E Responsabilidad civil del miembro

En el caso de que no reembolsemos los cargos de proveedores de la red por servicios cubiertos, usted no será responsable de ninguna cantidad que adeudemos.

Usted será responsable si recibe servicios de proveedores fuera de la red sin una autorización. Ni el plan, ni Medicare ni el programa MassHealth (Medicaid) pagarán esos servicios, excepto en el caso de los siguientes gastos aprobados:

- Servicios para emergencias
- Servicios requeridos de urgencia
- Diálisis de rutina recibida fuera del área de servicio durante un viaje (se debe recibir en un Centro de Diálisis Certificado por Medicare dentro de los Estados Unidos)
- Servicios para la posestabilización

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor fuera de la red, ni el plan ni Medicare ni el programa MassHealth (Medicaid) pagarán esos servicios.

Sección F Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios

Al determinar la cobertura, los servicios deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios conforme a Medicare para que su plan los cubra, a menos que, de otra manera, se indique que son un servicio cubierto. Un servicio es “razonable y necesario” si el servicio:

- Es seguro y eficaz;
- No es experimental ni de investigación; y
- Es apropiado, incluso la duración y la frecuencia se consideran apropiadas para el servicio, en términos de si el servicio:
 1. Se presta según los estándares de la medicina aceptados para el diagnóstico o el tratamiento de la condición del paciente o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo;
 2. Se presta en un centro apropiado para la condición y las necesidades médicas del paciente;
 3. Es indicado y prestado por personal calificado;
 4. Satisface, pero no excede, las necesidades médicas del paciente; y

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

5. Es al menos tan beneficioso como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible.

Sección G Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil

Si usted recibe beneficios como resultado de otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad tomar cualquier medida necesaria para recibir el pago proveniente de la cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil cuando sea razonable esperar dichos pagos, además de notificarnos de dicha cobertura cuando esté disponible. Si duplicamos los beneficios a los que usted tiene derecho conforme a otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, podemos pedir un reembolso por el valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud, en la medida en que lo permitan las leyes federales o estatales. Proporcionaremos beneficios, en exceso de su otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, si el costo de sus servicios para el cuidado de la salud excede dicha cobertura.

Sección H Motivos de fuerza mayor

Si, debido a una catástrofe natural, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción parcial o total de un centro, ordenanza, ley o decreto de una agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa no dependa de nosotros) o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté bajo nuestro control, los proveedores no están a su disposición para prestar los servicios de salud o hacer los arreglos necesarios para que sean prestados conforme a esta **Guía para Miembros** y Divulgación de Información, intentaremos hacer los arreglos necesarios para prestar los servicios cubiertos en la medida en que sea factible y según nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor tendremos ninguna responsabilidad civil ni obligación por no prestar los servicios cubiertos o no hacer los arreglos necesarios para que sean prestados, o por demorarnos en hacerlo si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias anteriormente descritas.

Sección I Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes

La relación entre nosotros y los proveedores y hospitales de nuestra red es una relación de contratista independiente. Ninguno de los proveedores u hospitales de la red, ni sus médicos o empleados son empleados ni agentes de UnitedHealthcare Insurance Company ni de ninguna de sus compañías afiliadas. Un agente sería cualquier persona o entidad autorizada a actuar en nuestro nombre. Ni nosotros ni ninguno de los empleados de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas somos empleados ni agentes de los proveedores u hospitales de la red.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Sección J Evaluación de la tecnología

Revisamos regularmente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para nuestros Miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para comenzar a ser Servicios Cubiertos. Si la tecnología se convierte en un Servicio Cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, entre ellos, la necesidad médica y cualquier copago, coseguro y deducible del miembro u otras contribuciones de pago que correspondan.

Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para revisar nuevos dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los relacionados con la salud del comportamiento o la salud mental. Cuando una necesidad clínica requiere una determinación rápida de la seguridad y la eficacia de una nueva tecnología o de una nueva aplicación de una tecnología existente para un Miembro en particular, uno de nuestros Directores Médicos toma una determinación de necesidad médica según la documentación médica del Miembro en particular, la revisión de evidencias científicas publicadas y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con pericia en esa tecnología.

Sección K Declaraciones del miembro

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que usted haga se considerarán afirmaciones y no garantías. Ninguna de esas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme a esta **Guía para Miembros**, ni se usará como defensa de una acción legal, a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

Sección L Información disponible a solicitud

Como miembro del plan, usted tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- Información general de la cobertura e información comparativa del plan
- Procedimientos para controlar la utilización
- Programas para el mejoramiento de la calidad
- Datos estadísticos sobre quejas formales y apelaciones
- La situación financiera de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas

Sección M Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso en el año 2024

Cómo puede combatir el fraude relacionado con el cuidado de la salud

Nuestra compañía tiene el compromiso de prevenir el fraude, el uso indebido y el abuso en los programas de beneficios de Medicare y, para eso, le pedimos su ayuda. Si usted identifica un posible caso de fraude, avisenoslo inmediatamente.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Estos son algunos ejemplos de posibles casos de fraude relacionados con Medicare:

- Un proveedor de cuidado de la salud – como un médico, una farmacia o una compañía de dispositivos médicos – le factura servicios que usted nunca recibió;
- Un distribuidor le factura un equipo diferente al que usted recibió;
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para recibir cuidado médico, medicamentos con receta, suministros o equipos;
- Alguien factura por un equipo médico de uso en el domicilio después de que ese equipo ya se devolvió;
- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare; o
- Una compañía usa información falsa para inducirle de manera engañosa a inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare.

Para denunciar un posible caso de fraude en un programa de beneficios de Medicare, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected for One Care al **866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Esta línea directa le permite denunciar casos de manera anónima y confidencial. Haremos todo lo posible por mantener su confidencialidad. Sin embargo, si se debe involucrar a un organismo responsable de hacer cumplir la ley, no podremos garantizar su confidencialidad. Tenga la certeza de que nuestra organización no tomará ninguna medida en contra de usted por denunciar de buena fe un posible caso de fraude.

También puede denunciar posibles casos de fraude en servicios médicos o en medicamentos con receta ante el Contratista de Integridad de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Integrity Contractor, MEDIC) por teléfono al **1-877-7SafeRx (1-877-772-3379)** o directamente ante el programa Medicare si llama al **1-800-633-4227**. El número de fax de Medicare es el **1-717-975-4442** y el sitio web es **es.medicare.gov**.

El programa MassHealth (Medicaid) tiene una línea directa gratuita disponible las 24 horas para denunciar fraude, uso indebido o abuso con relación al programa MassHealth. Para denunciar el fraude de miembros o proveedores, el robo de identidad o cualquier otra inquietud sobre el uso indebido de los beneficios y servicios del programa MassHealth, puede llamar a la línea directa **1-800-841-2900**, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Sección N Compromiso de las decisiones de cobertura

Compromiso de las Decisiones de Cobertura

Los médicos y el personal de servicios clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones sobre los servicios para el cuidado de la salud que usted recibe según la idoneidad del cuidado y del servicio, y de la existencia de cobertura. Los médicos y el personal clínico que toman estas decisiones:

? **Si tiene preguntas**, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

1. No son recompensados específicamente por emitir decisiones de denegación de la cobertura;
2. No ofrecen incentivos a médicos ni a otros profesionales de cuidado de la salud para animar la subutilización inapropiada de cuidado o de servicios; y
3. No contratan, promueven ni despiden a médicos ni a otras personas según la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona apoyará o tendrá tendencia a apoyar la denegación de beneficios.

Capítulo 12

Definiciones de Palabras Importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave que se usan en toda la **Guía para Miembros**, con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si usted no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicio al Cliente.

Actividades de la vida diaria: Cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Algunos servicios médicos de la red solamente están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen la preautorización de nuestro plan.

Apelación: Manera formal en la que usted cuestiona nuestra decisión si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos o revirtamos nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted piensa que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluso le indica cómo presentar una apelación.

Apelación de Nivel 1: Solicitud que presenta un miembro ante un plan para revisar una Resolución Adversa (también llamada Apelación Interna).

Apelación de Nivel 2: Apelación enviada a una organización independiente que no tiene relación con el plan para que revise la decisión del plan sobre una Apelación de Nivel 1 (la primera etapa en una Apelación Externa por un servicio de Medicare).

Apoyos y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS): Ayuda para que usted pueda permanecer en su domicilio en vez de ir a un asilo de convalecencia o un hospital.

Área de servicio: Área específica cubierta por un plan de salud (algunos planes de salud aceptan miembros solamente si viven en un área determinada). En los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener UnitedHealthcare Connected for One Care.

Asilo de convalecencia o centro de enfermería: Lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en el hospital.

Auxiliar de asistencia médica a domicilio: Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de una enfermera o un terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios que indique un proveedor). Los auxiliares de asistencia médica a domicilio no tienen licencia para ejercer la enfermería ni prestan servicios de terapia.

Ayuda pendiente de pago: Proporcionarle sus beneficios mientras usted espera una decisión sobre una apelación. Esta continuidad de la cobertura se llama “ayuda pendiente de pago”.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Beneficios Flexibles: Artículos o servicios que no sean Servicios Cubiertos. Es posible que su plan de salud cubra los Beneficios Flexibles según lo especificado en su Plan de Cuidado Individualizado (ICP) y para ayudar a satisfacer sus necesidades.

Cancelación de la inscripción: Proceso para terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su decisión propia) o involuntaria (no por su decisión propia, por ejemplo, si ya no cumple los requisitos del programa MassHealth).

Capacitación en Competencia Cultural: Capacitación que proporciona formación adicional para nuestros proveedores de cuidado de la salud que les ayuda a comprender mejor sus orígenes, principios y creencias para adaptar los servicios a fin de que satisfagan sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Centro de cirugía ambulatoria: Centro que presta servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, es decir, a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado en el centro.

Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Presta una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental de su domicilio.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Continuidad del Cuidado de la Salud: La cantidad de tiempo que usted puede seguir usando sus médicos y recibiendo sus servicios actuales después de hacerse miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care. El período de Continuidad del Cuidado de la Salud dura 90 días o hasta que se realice su evaluación completa y el Plan de Cuidado Individualizado (ICP).

Coordinador de Apoyos a Largo Plazo (Long-Term Supports, LTS): Persona que colabora con usted y su Equipo de Cuidado de la Salud para asegurarse de que usted reciba los servicios y apoyos que necesite para vivir de manera independiente.

Coordinador del Cuidado de la Salud: La persona principal que colabora con usted, con UnitedHealthcare Connected for One Care y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.

Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se prestan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

Cuidado requerido de urgencia: Cuidado que usted recibe para una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Usted puede recibir cuidado requerido de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no haya proveedores de la red a su disposición o cuando usted no pueda visitarlos.

Cuidados paliativos: Programa de cuidado y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a que vivan con comodidad. Pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores atienden a la persona en todos los aspectos, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Los servicios incluyen servicios de enfermería; servicios sociales médicos; servicios de un médico; terapia o asesoramiento, incluso terapia de duelo, asesoramiento dietético, asesoramiento espiritual u otros tipos de terapia o asesoramiento; fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje; servicios domésticos y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio; suministros médicos, medicamentos y suministros biológicos; y cuidado como paciente hospitalizado a corto plazo.
- UnitedHealthcare Connected for One Care debe proporcionarle una lista de los proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Decisión de cobertura: Decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos, o lo que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: Decisión que toma un plan, o uno de sus proveedores, sobre si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. En esta guía, las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: Condición médica que una persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina considere que es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, podría tener como consecuencia la muerte, una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo, o una limitación grave de una función corporal, o, con respecto a una mujer embarazada, poner en grave peligro su salud física o mental, o la del feto. Los síntomas médicos de una emergencia incluyen dolor grave, dificultad para respirar o incontrolable sangrado.

Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE): Organización independiente contratada por Medicare para revisar las Apelaciones Externas (de Nivel 2) si nuestra decisión no es completamente a favor de su Apelación Interna.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Equipo de Cuidado de la Salud: Equipo que puede incluir médicos, enfermeras, asesores, otros profesionales de salud y otras personas que usted elija para que le ayuden a recibir el cuidado que necesite. Su Equipo de Cuidado de la Salud también le ayudará a crear un Plan de Cuidado Individualizado (ICP).

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): Ciertos artículos que su médico le indica para que usted use en su domicilio. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Especialista: Médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica.

Especialista en salud de la mujer: Especialista, incluido un obstetra o un ginecólogo, dentro de la red de proveedores de UnitedHealthcare Connected for One Care, que presta servicios cubiertos para el cuidado de la salud preventivos y de rutina para la mujer.

Evaluación de salud: Revisión del historial médico y de la condición actual de un paciente. Se usa para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto por nuestro plan o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación indebida o inapropiada: Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que el costo compartido del plan por los servicios. Muestre su Tarjeta de ID de Miembro de UnitedHealthcare Connected for One Care cuando reciba servicios o medicamentos con receta. Si recibe alguna factura que no comprende, llame a Servicio al Cliente.

Farmacia de la red: Farmacia que ha convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han convenido trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha convenido trabajar con nuestro plan para proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Guía para Miembros y Divulgación de Información: Este documento, junto con su solicitud de inscripción y todo otro documento adjunto o cláusula adicional, que explican su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Información de salud personal (personal health information, PHI) (también llamada Información de salud protegida): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número del Seguro Social, visitas médicas e historial médico. Para obtener más información sobre cómo UnitedHealthcare Connected for One Care protege, usa y divulga su información de salud personal, así como sus derechos con respecto a su información de salud personal, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de UnitedHealthcare Connected for One Care.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Información personalmente identificable (personally identifiable information, PII): Información que puede ser usada para distinguir o rastrear la identidad de una persona, ya sea sola o cuando se combine con otra información que esté vinculada o pueda estar vinculada a una persona específica.

Inscripción: Proceso para hacerse miembro de nuestro plan.

Junta de Audiencias (Board of Hearings, BOH) del Programa MassHealth: La Junta de Audiencias de la Oficina de Medicaid de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) de Massachusetts.

Límites de cantidad: Límite en la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podría haber límites en la cantidad del medicamento que cubrimos por cada medicamento con receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Lista de los medicamentos con receta cubiertos por UnitedHealthcare Connected for One Care. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que usted tenga que seguir para obtener sus medicamentos. A veces, a la Lista de Medicamentos se le llama “formulario”.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid cambian según el estado, pero, si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado. El programa MassHealth es el programa de Medicaid de Commonwealth of Massachusetts.

Medicamento necesario: Servicios que son razonables y necesarios:

- Para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión; **o**
- Para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado; **o**
- Según sea médicamente necesario de otra manera conforme a la ley de Medicare.

Según la ley y norma de Medicaid y según el programa MassHealth, los servicios son médicamente necesarios si:

- Se podría suponer razonablemente que se necesitan para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar condiciones que ponen en peligro su vida, le causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o resultan en enfermedad o debilidad; **y**
- No hay otro servicio médico ni lugar del servicio que esté disponible, funcione tan bien, sea adecuado para usted y sea menos costoso.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite es.UHCCommunityPlan.com.**

La calidad de los servicios médicamente necesarios debe cumplir los estándares del cuidado de la salud reconocidos profesionalmente, y dichos servicios también deben contar con el respaldo de registros que incluyan pruebas de esa necesidad y calidad médicas.

Medicamento de marca: Medicamento con receta que elabora y vende la compañía que fabricó el medicamento por primera vez. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico: Medicamento con receta que está aprobado por el gobierno federal para ser usado en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos y surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D de Medicare. (Consulte la Lista de Medicamentos para ver los medicamentos cubiertos.) El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D, pero es posible que el programa MassHealth cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos sin receta (over-the-counter, OTC): Todo medicamento que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de cuidado de la salud.

Medicare: Programa federal de seguro de salud para ciertas personas: aquellas mayores de 65 años, aquellas menores de 65 años con ciertas discapacidades y aquellas que tienen enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, esto significa personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de cuidado administrado (consulte “Plan de salud”).

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): Medicare es ofrecido por el gobierno. En Medicare Original, Medicare paga a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. El Congreso determina la cantidad de esos pagos.

- Usted puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Beneficiario de Medicare y del programa MassHealth que califica para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el programa MassHealth.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Miembro de Medicare-Medicaid: Persona que califica para la cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. A los miembros de Medicare-Medicaid también se les llama “personas con elegibilidad doble”.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Por ejemplo, medicamentos genéricos, de marca o sin receta (OTC). Cada medicamento de la Lista de Medicamentos está asignado a uno de tres niveles.

Ombudsman: Una persona u organización de su estado que trabaja como defensora en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Los servicios del ombudsman para los miembros de One Care son prestados por el programa My Ombudsman. Usted puede encontrar más información sobre el programa My Ombudsman en los Capítulos 2 y 9 de esta guía.

Organización para el mejoramiento de la calidad (quality improvement organization, QIO): Grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. El gobierno federal les paga para que verifiquen y mejoren el cuidado que reciben los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado.

Paciente hospitalizado: Término usado cuando usted ha sido admitido oficialmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue admitido oficialmente, aún se le podría considerar paciente ambulatorio en lugar de paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte A de Medicare: Programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios de cuidado hospitalario, de cuidado en un centro de enfermería especializada, de cuidado de asistencia médica a domicilio y de cuidados paliativos.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte B de Medicare: Programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte C de Medicare: Programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Plan Medicare Advantage.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Parte D de Medicare: Programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para abreviar, a este programa lo llamamos “Parte D”.) La Parte D cubre los medicamentos con receta, las vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare ni por el programa MassHealth. UnitedHealthcare Connected for One Care incluye la Parte D de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, ICP): Plan que describe qué servicios de salud usted recibirá y la forma en que los recibirá.

Plan de salud: Organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con Coordinadores del Cuidado de la Salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.

Plan Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Preautorización (prior authorization, PA): Aprobación de UnitedHealthcare Connected for One Care que usted debe obtener antes de poder recibir un servicio o medicamento específico, o usar un proveedor fuera de la red. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que UnitedHealthcare Connected for One Care no cubra el servicio o medicamento.

Algunos servicios médicos de la red solamente están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen la preautorización de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solamente si usted obtiene nuestra preautorización.
- Los medicamentos cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en la **Lista de Medicamentos Cubiertos**.

Programa MassHealth: El programa de Medicaid de Commonwealth of Massachusetts.

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y Ortesis: Dispositivos médicos que le indica su médico u otro proveedor de cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP): Su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor que usted usa primero para la mayoría de los problemas de salud.

- Este proveedor se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse saludable. Colaborará con su Equipo de Cuidado de la Salud.
- También es posible que hable con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado, y es posible que le refiera a ellos.
- Para obtener información sobre cómo recibir cuidado de proveedores de cuidado primario, consulte el Capítulo 3.

? Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le proporcionan cuidado y servicios para el cuidado de la salud. El término también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud.
- Les llamamos “proveedores de la red” cuando han convenido trabajar con el plan de salud y aceptar nuestro pago sin cobrar una cantidad adicional a nuestros miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.
- A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Proveedor o centro que no es empleado de nuestro plan, no es propiedad de este ni es operado por este, y que no ha convenido trabajar con nosotros para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El Capítulo 3 explica los proveedores o centros fuera de la red.

Queja formal: Consulte “Queja o Queja formal”.

Queja o Queja Formal: Declaración verbal o escrita en la que usted expresa una inquietud sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Referencia: Una referencia significa que su proveedor de cuidado primario (PCP) debe darle su aprobación para que usted pueda usar otro proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que UnitedHealthcare Connected for One Care no cubra los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren referencias en el Capítulo 4.

Resolución Adversa: Una resolución, o falta de resolución, de parte de UnitedHealthcare Connected for One Care que usted puede apelar. Esto incluye:

- UnitedHealthcare Connected for One Care denegó o aprobó un servicio limitado que su médico solicitó;
- UnitedHealthcare Connected for One Care redujo, suspendió o terminó la cobertura que ya habíamos aprobado;
- UnitedHealthcare Connected for One Care no pagó un artículo o servicio que usted cree que es un Servicio Cubierto;
- UnitedHealthcare Connected for One Care no resolvió su solicitud de autorización de servicio dentro de los plazos requeridos;



Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected for One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Usted no pudo recibir un Servicio Cubierto de un proveedor dentro de la red de UnitedHealthcare Connected for One Care en un plazo razonable; y
- UnitedHealthcare Connected for One Care no actuó dentro de los plazos para revisar una decisión de cobertura y comunicarle una decisión.

Servicio al Cliente: Departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a todos los servicios para el cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación mayor, incluidas la fisioterapia, la terapia del habla y del lenguaje, y la terapia ocupacional. Para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte el Capítulo 4.

Servicios para la salud del comportamiento: Tratamientos de salud mental y del consumo de sustancias.

Subrogación: Proceso de sustitución de un acreedor por otro, que se aplica si usted tiene el derecho legal a recibir un pago de una persona u organización porque un tercero fue responsable de su lesión o enfermedad. Podemos ejercer este derecho de subrogación, con o sin su consentimiento, para recuperar del tercero responsable o de la compañía de seguros del tercero el costo de los servicios prestados o de los gastos en que hayamos incurrido en relación con su lesión o enfermedad.

Tecnología asistencial (assistive technology, AT): Cualquier dispositivo que mejore la capacidad de una persona para vivir de manera más independiente. Muchos artículos diferentes se consideran tecnología asistencial, por ejemplo, equipo de computadora de adaptación, andadores, aparatos auditivos, dispositivos para mejorar la memoria, lupas, sillas de ruedas, algunas modificaciones en el domicilio y el vehículo, y más. La tecnología asistencial abarca desde opciones de baja tecnología como utensilios de adaptación hasta tecnología de hogar inteligente de avanzada e incluye cualquier cosa que ayude a las personas a ser más independientes para lograr sus metas laborales, escolares o de su vida cotidiana.

Terapia escalonada: Regla de cobertura que le exige probar primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted pide.

Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected for One Care



Llame al **1-866-633-4454**

Las llamadas a este número son gratuitas.

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas.

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



Escriba a: **UnitedHealthcare Community Plan**

P.O. Box 30770

Salt Lake City, UT 84130-0770



es.UHCCommunityPlan.com

es.myuhc.com/communityplan