



Bienvenido a la  
**comunidad.**

**Manual para Miembros de Rhode Island Medicaid**

# Aquí es dónde usted puede encontrar la información que desea

## Números de teléfono Importantes.

HealthSource RI .....	<b>1-855-840-4774</b>
Departamento de Servicios Humanos de (RI Department of Human Services) .....	<b>1-855-697-4347</b>
UnitedHealthcare Dental/RIte Smiles .....	<b>1-866-375-3257</b>
Autoridad de Tránsito Público de RI (RIPTA) .....	<b>401-784-9500, ext. 2012</b> (RI Public Transit Authority – RIPTA)
Agente de transporte que no es de emergencia .....	<b>1-855-330-9131</b> (Non-Emergency Transportation Broker)
Asistencia a la Línea de Ayuda al Consumidor (RIREACH) (RI Insurance Resource, Education, and Assistance Consumer Helpline – RIREACH) .....	<b>1-855-747-3224</b>
Servicios legales de Rhode Island (RI Legal Services) .....	<b>401-274-2652</b>

**Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan: 1-800-587-5187, TTY 711  
8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes**

## Mí Proveedor de Atención Primaria.

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si nosotros tenemos que hacer algún cambio significativo en la información que se encuentra en este Manual para Miembros, le informaremos por lo menos 30 días antes de hacer el cambio. Las cosas incluidas serían cambios en sus beneficios y en cómo los obtiene.**



<b>5</b>	<b>Importantes puntos del plan de salud</b>
5	Bienvenido
5	Cómo funcionan los cuidados administrados
7	Tarjetas de identificación (ID) como miembro
8	Actualice su información
<b>9</b>	<b>Servicios para Miembros</b>
10	Nosotros hablamos su idioma
10	¿Necesita los materiales impresos en otros formatos?

---



<b>11</b>	<b>Para ir al doctor</b>
<b>11</b>	<b>Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)</b>
11	Para escoger a su PCP
12	Para cambiar de PCP
<b>13</b>	<b>Obteniendo atención médica</b>
13	Para hacer una cita con su PCP
13	Chequeos anuales
13	Cuidados médicos especiales y referencias
15	Cuidados urgentes
16	Servicios de emergencia
16	Exámenes, diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos (EPSDT)
17	Servicios para la salud del comportamiento
18	Servicios dentales
18	Disponibilidad de las citas
19	Programas especiales para mantenerse saludable
19	Para obtener una segunda opinión
20	Cuidados médicos por fuera de la red o cuándo usted se encuentra fuera de su área de servicio
20	Autorizaciones previas
20	Transporte médico que no es de emergencia



- 22 Farmacia**
- 22 Medicamentos de receta.
- 23 Medicamentos sin receta (OTC)
- 23 Medicamentos inyectables
- 23 Asignación de farmacia
- 24 Beneficio por 90 días



- 25 Beneficios**
- 25 Beneficios cubiertos**
- 25 Beneficios de su Plan
- 32 Beneficios de RI Medicaid
- 33 Beneficios de planificación familiar extendida
- 34 Programa de Planificación familiar extendida
- 37 Servicios por fuera de la red**
- 37 Servicios sin cobertura**



- 38 Otros detalles del Plan**
- 38 Derechos y responsabilidades de los miembros**
- 39 Directivas anticipadas**
- 40 Quejas, reclamaciones y apelaciones**
- 44 Programa de calidad**
- 45 Otra información del Plan de salud**
- 45 Cómo cancelar su inscripción en UnitedHealthcare Community Plan
- 45 Coordinación de beneficios (COB)
- 45 Administración de utilización
- 46 Si usted recibe una factura por servicios
- 46 Evaluación de nuevas tecnologías.
- 47 CurrentCare®
- 47 Base de datos de reclamaciones de todos los cuentahabientes de Rhode Island
- 47 Fraude, desperdicio y abuso**
- 48 Paridad**
- 49 Definiciones**
- 52 Avisos de privacidad del plan de salud**



# Importantes puntos del plan de salud

## Bienvenido al UnitedHealthcare Community Plan

Nos complace que usted se haya inscrito en UnitedHealthcare Community Plan. Este manual será su guía para conocer la información completa de los servicios de atención médica que usted puede recibir. Queremos asegurarnos que usted tenga un buen inicio como nuevo miembro. Para conocerlo mejor, nos pondremos en contacto con usted en las próximas dos o tres semanas. Usted puede hacernos cualquier pregunta que tenga o pedir ayuda para hacer citas. Sin embargo, si necesita hablar con nosotros antes de que nosotros le llamemos, simplemente contáctenos al **1-800-587-5187, TTY 711**.

## Cómo funcionan los cuidados administrados

### El plan, nuestros proveedores y usted.

- Es posible que usted haya oído hablar acerca de los cambios en la atención médica. Muchos consumidores obtienen sus beneficios de salud a través de la atención médica administrada, que proporciona un sitio central para su atención. Si usted estaba recibiendo servicios de salud del comportamiento utilizando su tarjeta de Medicaid, muchos de esos servicios ahora están disponibles a través de UnitedHealthcare Community Plan.
- UnitedHealthcare Community Plan tiene un contrato con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid. A su vez, nosotros elegimos a un grupo de proveedores de atención médica para ayudarnos a satisfacer sus necesidades. Estos doctores, especialistas, hospitales, laboratorios y otros centros de atención médica forman nuestra red de proveedores. Usted encontrará una lista en nuestro Directorio de Proveedores. Si no tiene un Directorio de Proveedores, puede obtener una copia llamando al **1-800-587-5187, TTY 711** o visitando nuestro sitio en internet en [UHCCommunityPlan.com](http://UHCCommunityPlan.com).

## Importantes puntos del plan de salud

- Cuando usted se une a UnitedHealthcare Community Plan, usted estará a cargo de uno de nuestros proveedores. La mayoría de las veces, esa persona será su Proveedor de Atención Primaria (PCP). Si necesita que se le haga una prueba médica, consultar con un especialista o ingresar a un hospital, su PCP hará todos los arreglos necesarios.
- Si usted necesita hablar con su PCP después de las horas de trabajo o en los fines de semana, por favor deje un mensaje y la forma en que pueden comunicarse con usted. Su PCP o el proveedor que lo cubre, se comunicarán con usted tan pronto les sea posible.

---

## Confidencialidad

Nosotros respetamos su derecho a la privacidad. UnitedHealthcare Community Plan entiende la confianza necesaria que existe entre usted, su familia, sus médicos y otros proveedores de atención. UnitedHealthcare Community Plan nunca divulgará su información médica o de salud del comportamiento sin su previa aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán su información de salud serán UnitedHealthcare Community Plan, su Proveedor de Atención Primaria, otros proveedores que le brinden atención y cualquier otra persona a la que usted le haya solicitado hablar acerca de sus cuidados médicos. Su PCP siempre le hablará acerca de las referencias a otros proveedores. El personal de UnitedHealthcare Community Plan ha sido entrenado para mantener su información privada.

---

## Transición de los cuidados de salud

UnitedHealthcare Community Plan es responsable de asegurarse que todos sus miembros puedan seguir recibiendo la atención médica que necesitan. Usted puede seguir recibiendo cuidados médicos de su proveedor durante 180 días después de unirse a UnitedHealthcare Community Plan. Usted puede ver a ese proveedor, incluso si ese proveedor no está en nuestra red. Después de ese tiempo, UnitedHealthcare Community Plan trabajará con usted para que sea referido a los proveedores correctos que se encuentran dentro de nuestra red.

# Tarjetas de identificación (ID) como miembro

Cuando se une a UnitedHealthcare Community Plan, usted recibirá por correo una tarjeta de identificación como miembro en aproximadamente 10 días después de su fecha de vigencia. Asegúrese que la información que aparece en su tarjeta de identificación o en la tarjeta de identificación de su familiar sea la correcta. Si alguna información es incorrecta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**.

**Frente de la tarjeta.**

**Dorso de la tarjeta.**

Nombre de su proveedor de atención primaria

Información para su farmacéutico

Servicios de salud mental

Su número de identificación del plan

Su número de identificación de miembro

Servicios para Miembros

También recibirá una tarjeta de RI Medicaid (anchor) del estado de Rhode Island en un correo por separado. Cada miembro de la familia que esté inscrito tendrá su propia tarjeta.

## Tarjeta de Rhode Island Medicaid.

For assistance in English and Spanish, call: **1-855-MYRIDHS**  
1-855-697-4347

For TDY, dial: **711**

If you are a doctor or hospital, dial: (401) 784-8100 In-State  
or 1-800-964-6211 for Toll or Long Distance

This card does not guarantee eligibility.

**MISUSE OR ABUSE OF THIS CARD MAY MAKE YOU  
LIABLE FOR CIVIL ACTION OR CRIMINAL PROSECUTION**

**Siempre muestre ambas tarjetas de identificación cuando acuda al doctor, al hospital, a la farmacia o a un proveedor.**

# Actualice su información

**Es muy importante que nosotros tengamos su dirección correcta** para que usted pueda recibir correos de UnitedHealthcare Community Plan y del Programa RI Medicaid. Asegúrese de tener inscrito su nombre completo en su buzón (y el apellido de otros miembros de la familia si es diferente al suyo). La oficina de correos no entregará el correo si los apellidos en el buzón no coinciden con el apellido en la carta o envío.

**Es muy importante que usted nos informe si hay algún cambio** en cualquiera de lo siguiente:

- Nombre, dirección, número de teléfono.
- Si se muda fuera del estado.
- Si se casa; si cambia su apellido.
- Si se embaraza.
- Si el número de miembros de su familia cambia (por ejemplo, hay un nuevo bebé o se adopta a un niño, cuándo un miembro de la familia que está inscrito ha fallecido, etc.).
- Si hay cambio en los ingresos que podría afectar su elegibilidad para Medicaid.
- Si tiene usted otro seguro de salud.

**Se requiere que usted informe** a Healthsource RI o al Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Rhode Island acerca de los cambios que ocurran dentro de los primeros 10 días después de que estos cambios se hayan sucedido.

---

## Cómo puede usted reportar los cambios

Comuníquese con **Healthsource RI** para informar acerca de cualquiera de estos cambios. Si tiene una cuenta en Healthsource RI, puede ingresar en internet en [www.healthsourceri.com](http://www.healthsourceri.com) o llamar al 1-855-840-4774 para hacer un cambio. También usted puede visitar el centro de atención médica de Healthsource RI en 401 Wampanoag Trail, East Providence, RI 02915. Las horas de trabajo son de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes.

Si usted, su hijo u otro miembro de la familia tienen SSI o es ya elegible para Medicaid debido a una discapacidad, llame al **Departamento de Servicios Humanos (DHS)** de RI al 1-855-697-4347. Usted también puede ponerse en contacto con su oficina local de DHS para informar los cambios. El horario de atención es de 8:30 a.m. a 4:00 p.m. de lunes a viernes.

---

## Para renovar su elegibilidad a Medicaid

RI Medicaid le enviará un aviso acerca de su renovación de elegibilidad. Si recibe este aviso, responda de inmediato para que no se interrumpa su cobertura de salud. Asegúrese de responder a todos los avisos que reciba. Si usted tiene preguntas acerca de su notificación, llame a Healthsource RI o DHS.



## Servicios para Miembros

Nosotros queremos que para usted sea de la manera más fácilmente posible poder obtener la información y los servicios que necesita de UnitedHealthcare Community Plan. Visite nuestro sitio en internet o llame a Servicios para Miembros para obtener más información. ¡Estamos aquí para usted!

---

### Teléfono:

**1-800-587-5187, TTY 711**

**de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes**

Después de las horas de trabajo, llame al **1-800-587-5187, TTY 711**, deje un mensaje y nosotros nos comunicaremos con tan pronto como sea posible.

Los servicios para miembros pueden ayudarle a usted a:

- Comprender sus beneficios.
- Obtener una tarjeta de identificación como miembro, si ha perdido la suya.
- Localizar a un proveedor o una clínica de cuidados urgentes.
- Presentar una queja, una reclamación o una apelación.

---

### Por internet:

Acuda a [UHCommunityPlan.com](http://UHCommunityPlan.com) para revisar los detalles ante el plan y las útiles herramientas de ayuda.

- Encontrar a un proveedor o una farmacia.
- Buscar a un medicamento en la Lista Preferida de Medicamentos.
- Obtener detalles acerca de sus beneficios.
- Ver o descargar el Manual para Miembros.

Si a usted le gustaría que nosotros localicemos a doctores o proveedores dentro de nuestra red para usted, llame a Servicio para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**.

Si usted desea una copia impresa de nuestro Directorio de Proveedores o Manual para Miembros, llame a Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**, y le enviaremos por correo una copia impresa.

### **Nosotros hablamos su idioma**

Si usted habla un idioma que no sea el inglés, podemos proporcionarle un intérprete o materiales impresos en su idioma. Si llama a Servicios para Miembros, podemos comunicarnos con un representante que hable su idioma o con un intérprete. Si necesita un intérprete para una cita médica, de salud del comportamiento o servicios dentales, nosotros podemos coordinar una cita. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**, al menos 72 horas antes de su cita. Si necesita un intérprete de lenguaje de señas americano, llame por lo menos 2 semanas antes de la fecha de su cita.

En el Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan se indica si el proveedor habla otros idiomas además del inglés. Para revisar el Directorio de Proveedores, visite en internet [UHCommunityPlan.com](http://UHCommunityPlan.com).

---

### **¿Necesita los materiales impresos en otros formatos?**

Si es necesario, nosotros podemos proveerle con materiales impresos en otros formatos, incluyendo materiales impresos en letras de mayor tamaño, en audio o en Braille. Por favor contacte a Servicio para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**, para solicitar materiales en otros idiomas.



# Para ir al doctor

## Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria (PCP) es el profesional de atención médica que mejor le conoce. Él o ella trabajan con usted para que usted y su familia se mantengan sanos.

### Usted tiene opciones.

Usted puede escoger a su PCP de los siguientes tipos de proveedores:

- Doctor familiar o doctor de medicina en general.
- Doctor de medicina interna (internista, doctor geriátrico).
- Pediatra.
- Doctor en obstetricia/ginecólogo (OB/GYN).
- Una enfermera practicante (NP).
- Un asistente de doctor (PA).

## Para escoger a su PCP

Revise si su doctor se encuentra dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Si usted aún no tiene un PCP, cuándo se une a UnitedHealthcare Community Plan, usted puede escoger a un doctor que sea parte de nuestra red. Cada miembro de su familia puede tener a su propio PCP.

Nuestro Directorio de Proveedores contiene a todos los proveedores de atención primaria que se encuentran dentro de nuestra red. También le informa a usted en donde se encuentra la oficina, el número de teléfono, los idiomas que se hablan, las horas de trabajo, si aceptan nuevos pacientes y si hay acceso para pacientes con discapacidades. Para ver el directorio, visite nuestro sitio en internet: [UHCCommunityPlan.com](http://UHCCommunityPlan.com) o también puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una copia o solicitar ayuda para elegir un PCP. También tenemos disponible un Directorio de Proveedores impreso si usted lo solicita; ahí se anotan todos los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan organizados por especialidad y por su ubicación.

***Después de seleccionar a un PCP, llame a Servicios para Miembros para informarnos. Si usted no elige a un PCP, nosotros elegiremos uno para usted.***

## Para ir al doctor

### Qué puede hacer su PCP por usted.

- Ofrecerle chequeos regulares y exámenes.
- Organizar pruebas médicas.
- Mantener sus expedientes médicos.
- Recomendar y referirle a especialistas.
- Escribir recetas.
- Ayudarle a obtener servicios para la salud del comportamiento.
- Responder a preguntas relacionadas a su atención médica.

---

## Para cambiar de PCP

Usted puede cambiar su PCP o el PCP de su hijo en cualquier momento, sin embargo, es una buena idea quedarse con el mismo PCP. A medida que usted y su PCP se conozcan y desarrollen una confianza, podrá resolver mejor sus problemas de salud con su PCP. Si necesita cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**.

Si su PCP se retira de la red de UnitedHealthcare Community, le enviaremos una carta para informarle. Usted puede elegir otro PCP de nuestra red. En ocasiones, UnitedHealthcare Community le permitirá continuar recibiendo atención médica de su PCP o especialista durante un tiempo después de que él/ella haya abandonado nuestra red. Esto se denomina “continuidad de los cuidados médicos”. Si está embarazada o está siendo tratada por una afección médica crónica, podemos trabajar con su proveedor, para que él/ella pueda seguir tratándolo por más tiempo. Trabajaremos con usted y su proveedor para asegurarnos que usted se cambie a otro proveedor de manera segura.

### Conozca más acerca de los proveedores/doctores de la red.

Usted puede obtener más información acerca de los doctores /proveedores de la red, acerca de las certificaciones de especialidades y de los idiomas que hablen, en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llamando a Servicios para Miembros.

Nosotros podemos proporcionarle la siguiente información:

- Nombre, dirección, números de teléfono.
- Lenguas que hablan.
- Cualificaciones profesionales.
- Especialidad.
- Escuela de medicina asistida (teléfono solamente).
- Finalización de residencia (teléfono solamente).
- Certificaciones obtenidas.

## Obteniendo atención médica

### **Tome usted el control — Esté preparado para su visita al proveedor.**

Prepararse para la visita con su proveedor puede ayudarlo a aprovecharla al máximo. Por eso, debe asegurarse que su proveedor conozca todos los cuidados médicos que usted recibe. A continuación, le indicamos cómo puede usted tomar el control de sus cuidados médicos:

1. Piense en lo que quiere obtener de la visita antes de ir. Trate de concentrarse en las tres cosas principales con las que necesitas ayuda.
2. Dígale a su proveedor acerca de cualquier medicamento o vitaminas que tome regularmente. Lleve consigo una lista de los medicamentos que usa, o lleve con usted las medicinas que toma.
3. Dígale a su proveedor acerca de otros proveedores que usted puede estar consultando. Incluya a los proveedores de la salud del comportamiento. Mencione cualquier medicamento o tratamiento que le hayan recetado. Así mismo, lleve copias de los resultados de cualquier prueba médica que haya tenido.

---

## Para hacer una cita con su PCP

Llame a la oficina de su Proveedor de Atención Primaria para hacer una cita.

---

## Chequeos anuales

Usted no tiene que estar enfermo para ir a su PCP (doctor). Los chequeos anuales con su PCP son importantes para mantenerse saludable. Además, su PCP se asegurará de que usted obtenga las pruebas de detección y las vacunas necesarias que debe recibir. Si tiene un problema de salud, es más fácil darle tratamiento cuando son detectadas temprano. Hable con su PCP acerca de lo que es correcto para usted y su familia.

---

## Cuidados médicos especiales y referencias

Su doctor (PCP) puede referirlo a un especialista; para algunos servicios especializados se requiere una referencia.

Su proveedor de atención primaria (PCP) deberá enviarnos una notificación de referencia antes de que usted pueda hacer una cita para ver a un especialista. Esto ayudará a asegurar que esté recibiendo la mejor atención médica posible.

**Por favor, verifique su tarjeta de identificación de miembro para estar seguro que el PCP que está anotado en la lista sea el PCP que usted está actualmente consultando.**

## Para ir al doctor

Si el PCP anotado en su tarjeta no es el PCP con quién usted consulta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes para corregir los datos y evitar demoras en el procesamiento de sus referencias.

### **¿Cómo obtengo una referencia?**

Hable con su PCP para conocer si usted necesita una referencia para consultar con un especialista. Si necesita una referencia, su PCP nos enviará una solicitud de referencia y dará una copia o el número de referencia. Usted necesitará el número de referencia para hacer la cita. Si necesita ver a un especialista más de una sola vez, su PCP puede asegurarse de que la referencia cubra otras visitas.

### **¿Necesito una referencia para todos los especialistas?**

Usted necesita una referencia para ver a la mayoría de los especialistas de nuestra red, pero hay algunas excepciones. No necesita una referencia para ninguno de los siguientes cuando los servicios se los proporciona un proveedor o especialista de la red:

- OB/GYN.
- Servicios de la salud del comportamiento o por el uso de sustancias.
- Terapia física, ocupacional o del habla.
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios de enfermedades de transmisión sexual.
- Servicios de intervención temprana.
- Cuidados postoperatorios.
- Servicios de laboratorio.
- Servicios de radiología.
- Diálisis de riñón.
- Exámenes de la vista de rutina, anteojos, contactos y servicios de un optometrista u oftalmólogo.
- Cuidados médicos de urgencias y emergencias en una sala de emergencias u hospital.

El día 19 de noviembre de 2018 se aprobó un requisito acerca de las referencias a especialistas para los miembros del Community Plan. Como resultado, los miembros que necesitan de atención médica especializada tienen que ser remitidos a especialistas de la red por su proveedor de atención primaria (PCP) o las reclamaciones no podrán ser pagadas. Cualquier PCP dentro de la misma identificación fiscal (TIN) puede hacer una referencia en nombre de un miembro asignado a un PCP dentro de ese TIN.

Usted no necesita de una referencia para la consulta con un proveedor de los servicios de salud para mujeres o si usted se encuentra embarazada.

Los especialistas son doctores con capacitación especial y quienes trabajan en un campo particular de la medicina. Los especialistas incluyen: cardiólogo (doctor del corazón); obstetras / ginecólogos que atienden las necesidades de salud de las mujeres, incluida la planificación familiar y el embarazo; oftalmólogo (doctor para los ojos); podólogo (doctor de los pies) y dermatólogo (doctor de la piel).

Usted no tiene que ver al especialista que su PCP sugiere. Puede pedir a su PCP el nombre de otro especialista o puede elegir a cualquier proveedor de la red para recibir atención médica especializada. El no ver al especialista no afectará su tratamiento futuro por parte de su PCP. Usted tiene derecho de rechazar el tratamiento que recomiende un especialista. Si eso sucede, comuníquese con su PCP para discutir otras opciones.

---

## Cuidados urgentes

Los centros de cuidados médicos de urgencia están disponibles cuando usted necesita ver a un proveedor para una afección que no pone en peligro su vida y su PCP no está disponible o es fuera de las horas de trabajo de la clínica o de la oficina del doctor. Los problemas de salud comunes que pueden recibir tratamiento en un centro de cuidados médicos de urgencia incluyen:

- Dolor de garganta.
- Infecciones en los oídos.
- Cortadas o quemaduras menores.
- Gripe o influenza.
- Fiebre de bajo grado.
- Torceduras o esquinces.

Si usted o un miembro de su familia tiene un problema urgente, llame primero a su PCP. Su PCP puede ayudarlo a obtener la atención adecuada. Su PCP puede pedirle que vaya a un centro de cuidados médicos de urgencias (o a una sala de emergencias).

## Servicios de emergencia

Una emergencia es una enfermedad o lesión que amenaza la vida o que puede causarle dolor o daños graves a su salud si no recibe tratamiento de inmediato. Algunos ejemplos de condiciones de emergencia incluyen:

- Enfermedad grave o trauma.
- Fractura de huesos.
- Sangrado que no se detiene.
- Ataque al corazón.
- Envenenamiento.
- Cortaduras o quemaduras severas.
- Emergencia de la salud del comportamiento, como en una sobredosis de drogas o en casos de una posible amenaza de producirse daño a sí mismo o a otras personas.

Usted puede acudir a cualquier hospital para recibir cuidados médicos de emergencia. UnitedHealthcare Community cubre cualquier tratamiento de emergencia que usted necesita dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Usted debe llamar a su PCP dentro de las 24 horas posteriores a su visita e informarles acerca de su visita. Es posible que usted necesite atención médica de seguimiento.

Si usted necesita cuidados médicos de emergencia, **llame al 911** o vaya al hospital más cercano. Los cuidados médicos de emergencia no requieren una referencia de su PCP o de una autorización previa de nosotros.

---

## Exámenes, diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos (EPSDT)

EPSDT se concentra en los cuidados preventivos y completos. A medida que crecen los bebés, los niños y las personas más jóvenes, deben ver a su PCP con más frecuencia. Es importante que este grupo reciba todos los servicios preventivos sugeridos y cualquier otro tratamiento médico necesario para ayudar a un crecimiento saludable.



Los niños hasta la edad de 21 años deben recibir chequeos regulares de la salud física y mental, el crecimiento, el desarrollo y el estado de la dieta. Un chequeo de niño sano incluye:

- Una historia completa de salud y crecimiento, que incluya evaluaciones del desarrollo de salud tanto física como mental;
- Examen físico;
- Vacunaciones adecuadas de acuerdo a la edad;
- Pruebas de visión y de audición;
- Examen dental;
- Pruebas de laboratorio, incluyendo las evaluaciones del nivel de plomo en la sangre en ciertas edades; y
- Educación para la salud.

EL PCP de su hijo le indicará qué tan a menudo usted necesitará llevar a su hijo a una visita médica.

## Servicios para la salud del comportamiento

Los servicios para la salud del comportamiento incluyen la salud mental y el tratamiento para problemas por el uso de sustancias. UnitedHealthcare Community Plan tiene un contrato con Optum Behavioral Health para proporcionar estos servicios. Para encontrar un proveedor de salud del comportamiento, llame a Optum al 1-800-435-7486. Este número también se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, para ofrecerle ayuda. Su llamada es confidencial. Consulte el Directorio de Proveedores para obtener una lista de los proveedores de salud del comportamiento. Si no está seguro del tipo de ayuda o del tipo de proveedor que necesita, nuestro representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

Si UnitedHealthcare Community Plan no cubre los servicios de asesoramiento o referencia debido a objeciones morales o religiosas, le informaremos que el servicio no está cubierto por nosotros. También le diremos cómo puede obtener información de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services -EOHHS) acerca de cómo usted puede obtener estos servicios.

## Servicios dentales

Los servicios dentales para niños se ofrecen a través de Rlte Smiles. Rlte Smiles es un plan dental para niños elegibles para RI Medicaid que nacieron después del día 1º de mayo de 2000. Para encontrar un dentista que participe en el programa Rlte Smiles, visite el sitio en internet de UnitedHealthcare Dental/Rlte Smiles (<https://www.uhc.com/ritesmiles>) o llame a los Servicios para Miembros de United Healthcare Dental al 1-866-375-3257. Todos los demás miembros deben usar su tarjeta de Rhode Island Medicaid (tarjeta de anchor) cuando consulten con un proveedor de Medicaid Dental.

---

## Disponibilidad de las citas

Cita	Accesos regulares
Asesoría telefónica para los cuidados médicos después de las horas de trabajo	las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Cuidados médicos de emergencia	De inmediato o referidos a una instalación de emergencias
Citas para cuidados urgentes	Dentro de veinticuatro (24) horas
Citas para cuidados médicos de rutina	Dentro de treinta (30) días calendario
Exámenes físicos	180 días calendario
Citas EPSDT	Dentro de 6 semanas
Citas para nuevos miembros	Dentro de treinta (30) días calendario
Servicios de salud mental o por el uso de sustancias — urgentes o no urgentes	Dentro de (10) días calendario

## Programas especiales para mantenerse saludable

Si usted tiene una condición de salud crónica (durante mucho tiempo), como diabetes o enfermedad cardíaca, puede beneficiarse de nuestros programas de administración de los cuidados médicos. Nuestros gerentes de cuidados médicos de enfermería pueden ayudarlo a conocer cuáles son sus opciones, cómo puede mantenerse saludable y como tener una mejor calidad de vida. La administración de los cuidados médicos ayuda a los miembros con necesidades especiales para obtener los servicios y los cuidados médicos que se necesitan. Los administradores de los cuidados médicos trabajan con el plan de salud, los proveedores y las agencias externas. Llame a nuestro Departamento de Administración Médica al 1-800-672-2156, TTY 711 o al 401-732-7373.

- Evaluaciones de los riesgos de salud.
- Primeros pasos saludables.
- Salud y bienestar.
- Discapacidades físicas.
- Enfermedad mental grave.
- Problemas de salud complejos.
- Una descripción más completa del manejo de los cuidados médicos y el manejo de enfermedades.

Lleve a cabo una Evaluación de riesgos para la salud en [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). Usted también puede completar la Evaluación de riesgos de salud por teléfono llamando a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**. Esta breve encuesta lo ayudará a encontrar los programas adecuados para usted.

---

## Para obtener una segunda opinión

Una segunda opinión es cuando usted desea ver a otro proveedor para obtener su opinión o recomendación para su problema o inquietud de salud. Usted puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red para cualquiera de sus beneficios cubiertos. Es su elección. No es necesario que usted obtenga una segunda opinión. Una segunda opinión de un proveedor por fuera de la red se encuentra disponible con una autorización previa.

## Cuidados médicos por fuera de la red o cuándo usted se encuentra fuera de su área de servicio

Aparte de los servicios de emergencia y los Cuidados de Urgencia, todos los beneficios cubiertos, la atención y los servicios prestados fuera del área deben ser aprobados primero por UnitedHealthcare Community Plan. En ocasiones, es posible que usted necesite cuidados médicos de un proveedor que no sea parte de nuestra red. Para ver a un proveedor por fuera de la red, necesitará una autorización previa de UnitedHealthcare Community Plan antes de poder hacer una cita. Su PCP debe enviar la solicitud de referencia. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información y conocer si el servicio estará cubierto en su totalidad. Es posible que usted tenga que pagar por esos servicios.

---

### Autorizaciones previas

En ocasiones, su proveedor debe obtener el permiso de UnitedHealthcare Community Plan antes de poder ofrecerle un determinado servicio. A esto se llama autorización previa o aprobación previa. Esta es responsabilidad del proveedor. Si los proveedores no obtienen autorización previa, usted no podrá obtener el servicio.

No necesita una autorización previa para ver a un proveedor de atención médica para los servicios de salud para mujeres o si está embarazada.

---

### Transporte médico que no es de emergencia

El transporte puede estar disponible para las citas médicas, dentales u otras relacionadas con la salud. Si su familia, amigos o vecinos no pueden llevarlo a las citas, usted tiene varias opciones.

✓ **Autoridad de Tránsito Público de Rhode Island (RIPTA)**  
**(Rhode Island Public Transit Authority – RIPTA)**

RIPTA tiene servicios de autobuses de ruta fija para la mayoría de las comunidades en Rhode Island. Las rutas están disponibles en internet en [www.ripta.com](http://www.ripta.com) o llamando a Atención al Cliente al 401-781-9400. RIPTA también ofrece servicios flexibles y el Programa de Discapacitados de ADA.

### ✓ **Corredor de transporte médico que no es de emergencia.**

El transporte médico que no es de emergencia es un beneficio cubierto en RI Medicaid. El proveedor contratado para estos servicios es MTM, Inc. Comuníquese con MTM al 1-855-330-9131 (TTY 711), de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes. Para citas relacionadas con la salud. Los boletos de autobús para las citas deben solicitarse siete (7) días hábiles antes de la cita.

Los viajes en camioneta o taxi a las citas médicas pueden estar disponibles para los miembros que califican. Por favor haga su solicitud de servicio 48 horas antes de su cita. Por ejemplo:

- Llame el lunes para una transportación para el miércoles.
- Llame el martes para una transportación el jueves.
- Llame el miércoles para una transportación el viernes, sábado o domingo.
- Llame el jueves para una transportación el lunes.
- Llame para el viernes para una transportación el martes.

### ✓ **Reembolso de millas.**

Si reúne los requisitos para el transporte y usted o alguien más puede transportarlo, usted puede obtener dinero para gasolina. Hay varias reglas y requisitos.

Por favor, póngase en contacto con MTM para obtener más información. Los Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan también pueden ayudarle a configurar o coordinar el transporte si es necesario.



# Farmacia

---

## Sus beneficios incluyen medicamentos de receta

UnitedHealthcare Community Plan cubre cientos de medicamentos recetados en cientos de farmacias. La Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) es una lista de medicamentos cubiertos por su plan. Usted puede surtir su receta en cualquier farmacia de la red. Todo lo que tiene que hacer es mostrar su tarjeta de identificación como miembro. Si no ha recibido su tarjeta de identificación como miembro, llame a Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**.

### **Medicamentos genéricos y de marca.**

La Asamblea General de Rhode Island aprobó una ley que exige que todos los miembros usen primero medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca, a menudo cuestan menos, pero funcionan igual.

En algunos casos, un número limitado de medicamentos de marca está cubierto. Estos medicamentos están limitados a ciertas clases (o tipos) de medicamentos. Algunos de estos pueden requerir la autorización previa de UnitedHealthcare Community Plan.

## Medicamentos sin receta (OTC)

UnitedHealthcare Community Plan también cubre muchos medicamentos de venta libre (OTC). Usted debe tener una receta escrita para el medicamento de venta libre que necesita. El suministro está limitado a 30 días. Después, todo lo que debe hacer es llevar su receta y su tarjeta de identificación como miembro a cualquier farmacia de la red para surtir la receta. Su farmacia puede dispensar medicamentos de marca o la versión genérica de los medicamentos de venta libre. Tanto las marcas de medicamentos OTC, así como las sustituciones genéricas están cubiertas. Los medicamentos OTC incluyen:

- Analgésicos.
- Medicamentos para la tos.
- Crema de primeros auxilios.
- Medicina para la gripa.
- Anticonceptivos.

Para obtener una lista completa de medicamentos OTC cubiertos, visite [myuhc.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan). Haga clic en “Encontrar un medicamento” para usar la herramienta de búsqueda o para ver la Lista de medicamentos de venta libre, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**.

---

## Medicamentos inyectables

Los medicamentos inyectables son medicamentos administrados por inyección y son un beneficio cubierto. Su PCP recibir el medicamento inyectable en el consultorio o en su casa. En algunos casos, su doctor le hará una receta para un medicamento inyectable (como la insulina) que usted puede surtir en una farmacia.

---

## Asignación de farmacia

En algunos miembros de UnitedHealthcare Community Plan se hará una asignación de farmacia. En este caso, los miembros deben surtir las recetas en una sola farmacia. Esto se basa en el uso anterior de medicamentos, incluyendo el uso excesivo de los beneficios de farmacia, de narcóticos, de las ubicaciones de farmacias y otras causas.

A los miembros en este programa se les enviará una carta con el nombre de la farmacia que deben usar. Si usted recibe esta carta, tiene 30 días a partir de la fecha de la carta para solicitar un cambio de farmacia. Para cambiar de farmacia durante este período de tiempo, llame a Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**. Después de 30 días a partir de la fecha de la carta o si usted se mudó, puede llamar a Servicios para Miembros para hacer el cambio de farmacia.

## Beneficio por 90 días

Con un suministro de 90 días, usted no tendrá que obtener un resurtido cada mes. Tendrá 3 meses entre surtidos. Esto ayuda a asegurarse que usted siempre tenga a la mano sus medicamentos más importantes.

### ¿Cuáles son los beneficios de surtir mi medicamento de mantenimiento con un suministro de 90 días?

- **Le ahorra tiempo.**

Usted tiene que hacer menos viajes a la farmacia. En lugar de surtir su receta mensualmente, solo tendrá que resurtir su medicamento cada 3 meses.

- **Emplea la misma farmacia.**

Puede completar un suministro de 90 días en la farmacia que emplea actualmente o en cualquiera de las farmacias cubiertas de la red.

- **No hay costos adicionales.**

No hay copagos por el suministro por 90 días de su medicamento sus medicamentos.

### ¿Qué debo hacer si quiero un suministro de 90 días?

- **Hable con su farmacéutico.**

Su farmacéutico puede llamar a su doctor para obtener una nueva receta para un suministro de 90 días.

- **Hable con su doctor.**

Su doctor puede prescribirle una nueva receta de un suministro por 90 días para su medicamento de mantenimiento.





# Beneficios

## Beneficios cubiertos

Usted es elegible para recibir estos beneficios con su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Usted no tiene ninguna responsabilidad de costos compartidos. Sin embargo, si un proveedor le informa que UnitedHealthcare Community Plan no cubre un servicio y usted aún recibe el servicio, deberá pagarlo. Hay algunos servicios que no están cubiertos.

Su proveedor no debe enviarle una factura por un servicio que está cubierto. Si recibe una factura llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

**Descripción de los beneficios de UnitedHealthcare Community Plan. Para obtener más detalles sobre lo que está cubierto, llame a Servicios para Miembros al 1-800-587-5187, TTY 711.**

Servicio/beneficio cubiertos	Cobertura
Servicios del proveedor	Incluye los servicios de doctores de atención primaria, especialistas, obstetras-ginecólogos (OB/GYN) y otros proveedores de la red de MCO.
Servicios de otros practicantes	Incluye los servicios de profesionales certificados o autorizados por el Estado de Rhode Island, es decir, enfermeros practicantes, asistentes médicos, trabajadores sociales, nutricionistas dietistas registrados, psicólogos y parteras certificadas en la red de MCO.
Chequeos anuales para el bienestar y exámenes preventivos, inmunizaciones	Cubiertos cuando los proporcionan los proveedores de atención primaria (PCP) en la red de MCO.

## Beneficios

Servicio/beneficio cubiertos	Cobertura
<b>Cuidados médicos de los ojos</b>	<p>Incluye tratamientos médicamente necesarios para enfermedades y lesiones en los ojos.</p> <p><b>Para adultos:</b> Los exámenes de la vista de rutina y un par de anteojos se cubren una vez cada 24 meses;</p> <p><b>Para niños menores de 21 años:</b> Los exámenes de la vista de rutina y anteojos están cubiertos según sea necesario.</p> <p>Para los miembros con diabetes, los exámenes anuales de la vista están cubiertos cada 12 meses.</p>
<b>Cuidados médicos de los pies</b>	Cubiertos con una referencia del PCP del miembro.
<b>Clases en grupo/educación individual</b>	Las siguientes clases grupales están cubiertas: educación acerca del parto, crianza de los hijos, dejar de fumar, diabetes, asma, nutrición, consulta de lactancia, etc.
<b>Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)</b>	Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento para niños y adultos jóvenes hasta la edad de 21 años. Incluye las visitas iniciales y de seguimiento. Incluye pruebas inter-periódicas según lo indicado <i>médicamente</i> .
<b>Educación especial</b>	Los servicios cubiertos para niños con necesidades especiales o retrasos en el desarrollo según lo establecido en el Plan de Educación Individual (IEP) del niño están cubiertos pero no son proporcionados por UnitedHealthcare Community Plan.
<b>Programa acerca del plomo</b>	Cubierto: Incluye la evaluación del hogar y el manejo de casos no médicos. Los servicios son proporcionados por el Departamento de Salud del estado o centros de plomo para niños intoxicados con plomo y no los cubre UnitedHealthcare Community Plan.
<b>Servicios clínicos basados en la escuela</b>	Cubiertos si son médicamente necesarios — en todos los sitios designados.

Servicio/beneficio cubiertos	Cobertura
<p><b>Servicios de planificación familiar</b></p>	<p>Incluye suministros de planificación familiar de venta libre (OTC) que incluyen espuma, condones, gelatina o crema espermicida y esponjas. Los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH están cubiertos. Para estos servicios, usted puede acudir a cualquier proveedor, incluyendo los proveedores por fuera de la red,</p>
<p><b>Cuidados prenatales y de posparto</b></p>	<p>Cubiertos por el doctor/proveedor de la MCO.</p>
<p><b>Servicios de nutrición</b></p>	<p>Cubierto por nutricionistas dietéticos registrados (RDN) para ciertas afecciones médicas. Se requiere la referencia del PCP del miembro.</p>
<p><b>Terapias</b></p>	<p>Cubiertas si son médicamente necesarias. Incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y lenguaje, terapia auditiva, terapia respiratoria.</p>
<p><b>Pruebas de laboratorio, servicios de diagnóstico, servicios de radiología</b></p>	<p>Cubiertas cuando lo ordena doctor/proveedor de la MCO.</p>
<p><b>Medicamentos de receta</b></p>	<p>Cubiertos cuando lo ordena un doctor/proveedor de la MCO. Deben usarse primero medicamentos genéricos. Hay un número limitado de medicamentos de marca que están aprobados; la mayoría requieren autorización previa. Algunos medicamentos pueden tener terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probarse los medicamentos en un cierto orden para el tratamiento de su afección médica. Es posible que se deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Para ver la Lista de Medicamentos Preferidos o para consultar el formulario de medicamentos en internet acuda a <a href="http://UHCommunityPlan.com">UHCommunityPlan.com</a>, clic sobre “Buscar medicamentos cubiertos por UnitedHealthcare” e ingrese el nombre del medicamento en el cuadro para buscar la lista de medicamentos aprobados por la FDA y la cobertura.</p>

## Beneficios

Servicio/beneficio cubiertos	Cobertura
<b>Medicamentos sin receta (OTC)</b>	Cubiertos cuando su doctor/proveedor de la MCO escribe una receta. También se los denomina medicamentos de venta libre. Incluye suministros de planificación familiar, suministros para el abandono de la nicotina y ciertas vitaminas y minerales.
<b>Equipo médico durable</b>	Cubierto cuando lo ordena un doctor/proveedor de la MCO. Incluye aparatos quirúrgicos, dispositivos protésicos, dispositivos ortopédicos, tecnología de asistencia y otros suministros médicos.
<b>Cuidados médicos en hospitalización</b>	Cubiertos si son médicamente necesarios. Incluye los servicios cubiertos por Medicaid que se brindan en un hospital para pacientes hospitalizados.
<b>Cuidados médicos del hospital en pacientes ambulatorios</b>	Cubiertos si son médicamente necesarios. Incluye los servicios cubiertos por Medicaid prestados en un entorno hospitalario ambulatorio. Incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia del lenguaje, terapia auditiva, terapia respiratoria y otros servicios cubiertos por Medicaid que se brindan en un entorno hospitalario ambulatorio.
<b>Servicios en sala de emergencias</b>	Los servicios de la sala de emergencia están cubiertos dentro y fuera del estado para situaciones de emergencia. No se necesita autorización previa para la atención de emergencia.
<b>Transporte de emergencia</b>	Cubierto cuándo es médicamente necesario.
<b>Servicios de salud del comportamiento</b>	Incluye servicios de base comunitaria de asesoramiento y tratamiento de la salud mental y por el uso de sustancias.

Servicio/beneficio cubiertos	Cobertura
<p><b>Servicios intensivos de salud del comportamiento</b></p>	<p>Cubiertos si son necesarios. El tratamiento de salud conductual y trastorno por el consumo de sustancias incluye, entre otros, los siguientes: Tratamiento de narcóticos de base comunitaria, metadona, desintoxicación, intervención en servicios de emergencia, observación/estabilización de crisis, servicios hospitalarios intensos, tratamiento residencial intenso, programas hospitalarios parciales, psiquiatría de salud mental residencias de rehabilitación (MHPRR), programas diurnos, programas de tratamiento ambulatorio intensivo, tratamiento comunitario asertivo (ACT), hogares de salud integrados (IHH), servicios de centros de salud mental comunitarios, servicios de tratamiento en el hogar (HBTS), análisis de comportamiento aplicado (ABA), Servicios de asistencia personal y apoyo (PASS) y descansos. El tratamiento residencial no incluye alojamiento y comida. Los servicios también incluyen días necesarios para la administración ordenados por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias.</p>
<p><b>Servicios de salud mental y por el uso de sustancias que son ordenados por la corte</b></p>	<p>Los servicios son proporcionan dentro del plan; Incluye servicios de gestión de atención de transición después de que finalicen los servicios por orden judicial.</p>
<p><b>Servicios preventivos de salud a domicilio</b></p>	<p>Cubiertos cuando lo ordena un doctor/proveedor de la MCO. Puede requerirse de autorización previa. Los servicios incluyen servicios domésticos, modificaciones ambientales menores, evaluación domiciliaria de terapia física y servicios de cuidado personal.</p>

## Beneficios

Servicio/beneficio cubiertos	Cobertura
<b>Servicios de asistencia domiciliaria</b>	<p>Los servicios cubiertos proporcionados en virtud de un plan de cuidados médicos domiciliarios autorizado por un doctor, incluyendo la atención de tiempo completo, parcial o intermitente por parte de una enfermera o asistente de salud domiciliaria (asistente de enfermería certificado) para la atención médica del paciente e incluyen, según lo autorice un doctor, terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla. Los servicios de atención domiciliaria incluyen servicios de laboratorio y servicios de enfermería privada para un paciente cuya condición médica requiere más atención de enfermería que atención de enfermería de visita intermitente. Los servicios de atención domiciliaria incluyen servicios de atención personal, como la asistencia al cliente para la higiene personal, el apósito, la alimentación, la transferencia y las necesidades ambulatorias. Los servicios de atención domiciliaria también incluyen servicios domésticos que son incidentales a las necesidades de salud del cliente, como hacer la cama del cliente, limpiar el área de estar del cliente, como el dormitorio y el baño, y hacer la lavandería y las compras del cliente. Los servicios domésticos son cubiertos solo cuando el miembro también necesita servicios de cuidado personal. Los servicios de atención domiciliaria no incluyen atención de relevo, atención de socorro o atención diurna.</p>
<b>Servicios de salud a domicilio</b>	<p>La atención médica domiciliaria es la atención de apoyo que se brinda en el hogar. La atención puede ser brindada por profesionales de la salud con licencia que brindan atención médica o por cuidadores profesionales que brindan asistencia diaria para garantizar que se cumplan las actividades de la vida diaria (ADL). Para los pacientes que se están recuperando de una cirugía o enfermedad, la atención domiciliaria puede incluir terapias de rehabilitación.</p>

Servicio/beneficio cubiertos	Cobertura
<b>Servicios de rehabilitación</b>	Terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje, proporcionada en centros de rehabilitación ambulatorios con licencia y ordenada por un doctor de la MCO.
<b>Salud durante el día para adultos</b>	Cubierto para personas mayores frágiles y otros adultos que necesitan supervisión y servicios de salud durante el día cuando sea médicamente necesario. Se requiere autorización previa.
<b>Casa de reposo, atención en un centro de enfermería especializada</b>	<p>Con cobertura para los miembros de Rhody Health Partners y Rhody Health Expansion durante 30 días consecutivos.</p> <p>Todos los cuidados especializados y de custodia cubiertos.</p>
<b>Servicios de hospicio</b>	Cubierto cuando lo solicite un proveedor de la red. Los servicios están limitados a aquellos servicios cubiertos por Medicare.
<b>Servicios para miembros con VIH/SIDA o en alto riesgo de VIH</b>	Servicios de gestión de casos médicos y no médicos. Asesoramiento sobre beneficios/derechos y actividades de referencia para ayudar a los miembros a obtener programas públicos y privados.
<b>Servicios de trasplante</b>	Cubierto cuando lo ordene un doctor del plan de salud.
<b>Servicios familiares Cedar</b>	Administración de los cuidados médicos enfocados en la familia con niños con necesidades especiales de salud.
<b>Tratamiento de la disforia de género</b>	Algunos servicios pueden requerir aprobación previa.

## Beneficios de RI Medicaid

Servicio/beneficio cubiertos	Cobertura
Servicios dentales	<p>Incluye chequeos dentales de rutina y tratamiento para adultos y niños.</p> <p><b>Los niños nacidos antes del 1º de mayo de 2000</b> reciben beneficios dentales a través de UnitedHealthcare Dental y el programa RIte Smiles. Los servicios dentales de emergencia están cubiertos en el plan por UnitedHealthcare Community Plan.</p> <p><b>Para niños mayores y adultos</b>, los servicios dentales se proporcionan mediante la tarjeta de Medicaid (anchor).</p>
Transporte al doctor que no es de emergencia	<p>Incluye cobertura para boletos de autobús, camioneta o viaje en taxi en un plan de salud cubierto por Medicaid o citas médicas, dentales o a otros proveedores de atención médica aprobados previamente si no hay otro medio de transporte disponible. Debe ser programado de antemano.</p>



# Beneficios de planificación familiar extendida

Este beneficio es para mujeres que:

- Califican para RItE Care.
- Estaban embarazada y tienen ahora sesenta días después del parto o sesenta días después de la pérdida del embarazo.
- Están sujetas a perder la elegibilidad para Medicaid.

Las mujeres elegibles pueden recibir *hasta veinticuatro meses* del siguiente programa de beneficios relacionados con la planificación familiar:

Servicio/beneficio cubiertos	Cobertura
<p><b>Métodos de prescripción y no prescripción de planificación familiar</b></p>	<p>Cubiertos, incluye los siguientes medicamentos: Píldoras anticonceptivas de emergencia, anticonceptivos orales específicos, parches anticonceptivos, Depo-Provera, capuchones cervicales y diafragmas. Los suministros de planificación familiar de venta libre (OTC), que incluyen espuma, condones, gelatina o esponja espermicida, están cubiertos con una receta de su doctor.</p>
<p><b>Servicios en hospital para pacientes ambulatorios y servicios relacionados con la cirugía</b></p>	<p>Ligadura de trompas (esterilización). Inserción y extracción del DIU.</p>
<p><b>Procedimientos ambulatorios (en la oficina o clínica) – visita al consultorio</b></p>	<p>Una visita ginecológica integral y hasta 5 visitas adicionales al consultorio relacionadas con el método de planificación familiar. Ligadura de trompas (esterilización). Inserción y extracción del DIU.</p>
<p><b>Referencias a clínicas gratuitas para otros servicios médicos. Comuníquese con el Departamento de Salud de Rhode Island al 401-222-2320 para obtener una lista de clínicas y lugares de asesoramiento que pueden proporcionarle estos servicios.</b></p>	<p>Referencia para otros servicios según sea necesario. Por ejemplo, referencias al estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica de enfermedades de transmisión sexual para tratamiento.</li> <li>• Sitios confidenciales de asesoramiento y pruebas de VIH.</li> </ul>

## Beneficios

Servicio/beneficio cubiertos	Cobertura
Servicios de ginecología (cuidados para el bienestar de la mujer)	Incluye el examen anual de ginecología con una visita completa y hasta 5 visitas anuales de planificación familiar.
Laboratorio	Incluye pruebas de embarazo, frotis de Papanicolaou anual, pruebas de enfermedades de transmisión sexual, pruebas de anemia, análisis de orina con tira reactiva y cultivo de orina.

---

## Programa de Planificación familiar extendida

### Requisitos de elegibilidad.

La planificación familiar y los servicios relacionados con la planificación familiar, así como suministros, se proporcionan a personas en que se determina de nuevo ser elegibles en bases anuales para el programa. El estado debe inscribir solamente a mujeres que llenan los criterios de elegibilidad mencionados a continuación en el ejemplo de un ingreso familiar igual o inferior al 253 por ciento del FPL (Nivel federal de pobreza) y quienes no están inscritas en Medicaid o en el Plan de seguro médico para niños (CHIP). Las mujeres que pierden la cobertura de embarazo de Medicaid al término de 60 días después del parto y que tienen ingresos familiares iguales o inferiores al 253 por ciento del FPL en el momento de la repetición de determinación anual son inscritas automáticamente en el grupo de Planificación familiar extendida.

### Cancelación de la inscripción en el programa de Planificación familiar extendida.

Si una mujer se embaraza mientras se encuentre inscrita en el programa de Planificación familiar extendida, pudiera determinarse que es elegible para Medicaid dentro del plan estatal. Además, las mujeres que reciben un procedimiento de esterilización y completan todos los procedimientos de seguimiento necesarios serán excluidas del Programa de Planificación familiar extendida.

### **Beneficios del programa de Planificación familiar extendida.**

Los beneficios para el grupo de la extensión de la planificación familiar, se limita a la planificación familiar y a los servicios relacionados con la planificación familiar. Los servicios de la planificación familiar y suministros descritos en la sección 1905(a)(4)(C) del Acta se limitan a aquellos servicios y suministros cuyo propósito principal es la planificación familiar y que se proporcionan en un entorno de planificación familiar. Los servicios y suministros relacionados a la planificación familiar son reembolsables:

- a. Métodos aprobados para la anticoncepción;
- b. Pruebas para infecciones sexualmente transmitidas (ITS), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos;

Nota: Las pruebas de laboratorio realizadas durante una visita inicial de planificación familiar para la anticoncepción incluyen una prueba de Papanicolaou, pruebas de detección de ITS/ETS, examen sanguíneo y prueba del embarazo. Se pueden llevar a cabo pruebas de detección adicionales dependiendo del método anticonceptivo deseado y del protocolo establecido por la clínica, el programa o el proveedor. Es posible que se necesiten pruebas de laboratorio adicionales para abordar un problema o necesidad de planificación familiar durante una visita periódica de planificación familiar para la anticoncepción.

- c. Los miembros están cubiertos para recibir medicamentos y dispositivos anticonceptivos de receta aprobados por la F.D.A. durante los trescientos sesenta y cinco días (365), los cuales requieren una receta y que serán dispensados en una sola receta.
- d. Medicamentos, suministros o dispositivos relacionados con los servicios de salud para las mujeres que se han descrito anteriormente y que son recetado por un proveedor de atención médica que cumpla con los requisitos de inscripción de proveedores del estado (sujeto a los requisitos del programa nacional de reembolso de medicamentos).
- e. Administración de anticonceptivos, educación del paciente y asesoramiento.

### **Beneficios relacionados con la planificación familiar.**

Los servicios y suministros relacionados con la planificación familiar son definidos como aquellos servicios provistos como parte de una visita de planificación familiar o como seguimiento de la misma. Dichos servicios se proporcionan porque se ha identificado un problema “relacionado con la planificación familiar” y/o se ha identificado o diagnosticado un problema durante una visita de planificación familiar de rutina o periódica. Ejemplos de servicios relacionados a la planificación familiar incluyen:

- a. Colposcopia (y procedimientos realizados con/durante una colposcopia) o la repetición de una prueba de Papanicolaou llevada a cabo como un seguimiento de una prueba de Papanicolaou anormal realizada como parte de una visita rutinaria/periódica de planificación familiar.
- b. Medicamentos para el tratamiento de las ITS/ETS, excepto el VIH/SIDA y la hepatitis, cuando las ITS/ETS se identifican/diagnostican durante una visita de planificación familiar de rutina/periódica. Una visita de seguimiento/cita para el tratamiento/medicamentos y visitas de seguimiento posteriores a una reevaluación de las ITS/STD, según las guías de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades pueden estar cubiertas.
- c. Medicamentos/tratamiento para infecciones/trastornos vaginales, otras infecciones/trastornos del tracto genital inferior e infecciones de la piel en áreas genitales, así como infecciones del tracto urinario, en donde estas condiciones son identificadas/diagnosticadas durante una visita de planificación familiar de rutina/periódica. Un seguimiento visita/cita para el tratamiento/medicamentos también pueden estar cubiertos.
- d. Otros diagnósticos médicos, tratamientos y servicios preventivos que se brindan de manera rutinaria de conformidad con los servicios de planificación familiar en un entorno de planificación familiar. Un ejemplo de un servicio preventivo podría ser la aplicación de una vacuna para prevenir el cáncer cervical.
- e. Tratamiento de complicaciones graves (incluyendo la anestesia), relacionadas con un procedimiento de la planeación familiar, tales como:
  - Tratamiento para útero perforado debido a la inserción de un dispositivo intrauterino;
  - Tratamiento de sangrado menstrual severo causado por una inyección de Depo-Provera requiriendo de una dilatación y legrado; o
  - Tratamiento de complicaciones quirúrgicas o relacionadas con la anestesia durante un procedimiento de esterilización.

## Servicios por fuera de la red

Servicio/beneficio cubiertos	Cobertura
Cuidados médicos de emergencia	Cubiertos en los Estados Unidos y sus territorios. No es necesaria una previa autorización.
Servicios de planificación familiar	Los miembros pueden consultar con los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan o proveedores por fuera de la red para los servicios de planificación familiar. No se necesita una referencia.
Todos los demás servicios	Requieren autorización previa de UnitedHealthcare Community Plan. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-587-5187, TTY 711.

## Servicios sin cobertura

- Procedimientos experimentales.
- Aborto, excepto para preservar la vida de la mujer o en casos de violación o incesto.
- Habitaciones privadas en hospitales, a menos que sea médicamente necesario.
- Cirugía cosmética.
- Servicios de tratamiento de la infertilidad.
- Medicamentos para la disfunción sexual o eréctil.
- Servicios recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.



# Otros detalles del plan

## Derechos y responsabilidades de los miembros

**Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene el derecho de:**

- Recibir información sobre UnitedHealthcare Community Plan, sus servicios, proveedores y derechos y responsabilidades de los miembros.
- Ser tratado con respeto y dignidad y derecho a la privacidad.
- Participar con sus proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Tener la privacidad de todos sus expedientes y comunicaciones según lo requerido por la ley. Los empleados de UnitedHealthcare Community Plan siguen una estricta política de confidencialidad con respecto a toda la información del miembro.
- Recibir una atención respetuosa y personal sin importar su raza, origen nacional, género, identidad de género, edad, orientación sexual, afiliación religiosa o condiciones preexistentes.
- Tener una discusión abierta sobre servicios a domicilio y comunitarios apropiados u opciones de tratamiento médicamente necesarias para sus condiciones, sin importar el costo o la cobertura de beneficios.
- Obtener una segunda opinión médica por inquietudes médicas y quirúrgicas.
- Poder expresar quejas, reclamaciones o apelaciones acerca de UnitedHealthcare Community Plan o la atención proporcionada por sus proveedores y/o agencias.
- Poder hacer recomendaciones acerca de las políticas de los Derechos y responsabilidades de los miembros de UnitedHealthcare Community Plan.
- Rechazar el tratamiento, y si lo hace, que no afecte su tratamiento futuro.
- Recibir información acerca de opciones de tratamiento disponibles y sus alternativas.
- Estar libre de cualquier forma de coerción, disciplina o represalia.
- Poder solicitar y recibir una copia de sus expedientes registros médicos, y solicitar que sean enmendados o corregidos.
- Recibir servicios de salud.
- Poder ejercer sus derechos, y que el ejercicio de esos derechos que no afecte negativamente la forma en que UnitedHealthcare Community Plan y sus proveedores lo tratan.

## Otros detalles del plan

### Usted tiene la **responsabilidad** de:

- Informar los cambios al Estado (Healthsource RI o al Departamento de Servicios Humanos) dentro de los 10 días posteriores al cambio, como dirección, ingresos, tamaño de la familia, etc.
- Elegir a un PCP y a un sitio de atención primaria. Su PCP coordinará toda su atención médica. Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan.
- Tener toda su atención médica proporcionada por un proveedor de la red de UnitedHealthcare Community Plan u organizada por este.
- Llevar con usted su identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan y su tarjeta de Rhode Island Medicaid.
- Proporcionar, en la medida que sea posible, la información que UnitedHealthcare Community Plan y sus profesionales y proveedores necesitan para darle los cuidados de salud.
- Conocer cuáles son sus problemas de salud y comprender el tratamiento del plan que usted y su proveedor acuerdan.
- Seguir los planes e instrucciones de atenciones médicas que haya acordado con sus proveedores.
- Hablar con su PCP sobre toda la atención médica especializada. Si necesita un especialista, su PCP trabajará con usted para asegurarse de que recibe atención médica de calidad.
- Llamar primero a su PCP para pedir ayuda si tiene una condición médica urgente. Si una emergencia pone en peligro la vida, llame al 911 de inmediato o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Llame a los Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos y responsabilidades.

## Directivas anticipadas

Cuando usted ya no pueda tomar las decisiones de atención médica por usted mismo, hay documentos que ayudarán a dar a conocer sus deseos. Estos son llamados testamentos en vida y poder notarial duradero.

- Un testamento en vida es un conjunto de instrucciones. Estipula lo que debería suceder si usted se enferma gravemente y no puede comunicarse.
- El poder notarial duradero le permite a otra persona tomar las decisiones de atención médica por usted. Usted elige quién será esta persona. Podría ser su cónyuge, un miembro de la familia o un amigo.

Las directivas anticipadas explican el tratamiento que usted desea si se enferma gravemente o se lesiona. Las directivas anticipadas pueden ser por escrito o ser orales (habladas). Pregúntele a su proveedor de atención primaria acerca de estas opciones. También usted puede encontrar más información y formas relacionadas en el sitio en internet en la página del Departamento de Salud de Rhode Island, [www.health.ri.gov/lifestages/death/about/endoflifedecisions/](http://www.health.ri.gov/lifestages/death/about/endoflifedecisions/).

## Quejas, reclamaciones y apelaciones

Usted tiene el derecho a presentar una queja, presentar una reclamación o una apelación. Si no está satisfecho con los cuidados médicos, médica o los servicios que recibe, queremos saberlo, para que podamos ayudarlo a solucionar el problema.

### ¿Puede alguien más quejarse o presentar una reclamación o apelación por mí?

Sí. Su doctor, otro proveedor, amigo, miembro de la familia o cualquier otra persona que usted elija, pueden solicitarlo. Primero debe informarnos por escrito que usted está permitiendo que esa persona trabaje con nosotros. Los miembros pueden completar una forma de Representante Autorizado que le da permiso a esa persona para ayudarlo con su queja, reclamación o apelación. UnitedHealthcare Community Plan **debe** obtener la forma completa antes de que nosotros podamos hablar con la persona que usted ha nombrado. Conserve una copia de su forma de Representante Autorizado. La forma es válida por un año a partir de la fecha en que se firme, a menos que nos indique que ya no desea permitir que alguien más actúe en su nombre. Para obtener una forma de Representante autorizado, llame a Servicios para Miembros.

---

## Quejas

Usted o su representante autorizado tienen derecho a presentar una queja en cualquier momento. Llame a los Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Nosotros podemos atender a sus preguntas o inquietudes sobre los beneficios, servicios, acceso a citas, facturas incorrectas que recibe u otros problemas. Si es posible, resolveremos su problema en el momento de su llamada. Si eso no es posible, le pediremos más información y nos comunicaremos con usted dentro de los plazos especificados en la sección de quejas en este manual. En cualquier momento, nosotros podemos pedirle más información.

Si usted presenta su queja por escrito, se procesará como una reclamación. Consulte la sección de reclamaciones en este manual para obtener más información.

Envíe su queja escrita a:

UnitedHealthcare Community Plan  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131



## Reclamaciones

Una reclamación es una insatisfacción con respecto a cualquier asunto que no sea un servicio que no está cubierto. Los ejemplos de una reclamación incluyen:

- Usted no está satisfecho con la forma en que respondimos a su queja.
- Usted no está de acuerdo con nosotros y solicita más tiempo para tomar una decisión de autorización.
- Usted tiene inquietudes sobre la calidad de los cuidados médicos o los servicios prestados.
- Usted piensa que un proveedor o su empleado fueron groseros.
- Usted piensa que un proveedor no respetó sus derechos como miembro.

Usted puede presentar una reclamación en cualquier momento. Responderemos a su reclamación dentro de los primeros 90 días calendario. A veces necesitamos más información o tiempo para decidir. Si necesitamos más tiempo, nos pondremos en contacto con usted.

Usted o su representante autorizado pueden presentar una reclamación por escrito o por teléfono en cualquier momento. La presentación de una reclamación no afectará su cobertura de salud.

### **Reclamación acerca de sus derechos civiles.**

UnitedHealthcare Community Plan no trata a los miembros de manera diferente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional. Si usted piensa que lo trataron injustamente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional, puede presentar una reclamación ante:

Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130

Usted debe enviar su reclamación dentro de los 60 días calendario posterior a la fecha en que se enteró. Se le enviará una decisión dentro de 30 días calendario.

# Apelaciones

Una apelación es una solicitud para cambiar una decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan acerca de alguna atención médica, servicios o medicamentos que usted o su proveedor piensan que usted debería recibir. También puede ser una solicitud de servicios o suministros que no están incluidos en sus beneficios cubiertos que usted o su proveedor piensan que debería recibir. Usted o un representante autorizado pueden presentar una apelación por escrito, en persona o llamando a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Las solicitudes para revisar los servicios que fueron denegados por nosotros deben llevarse a cabo dentro de los 60 días calendario posteriores a nuestra decisión de denegar un servicio o suministro. Revisaremos los cuidados médicos o los servicios que fueron denegados o la decisión de cobertura que se tomó.

Grievance and Appeals  
UnitedHealthcare Community Plan  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131

El personal calificado de UnitedHealthcare Community Plan decide acerca de las apelaciones que no tienen que ver con problemas médicos. Los profesionales de la salud calificados son los que deciden acerca de las apelaciones de problemas médicos. Le daremos una decisión sobre su apelación dentro de 30 días calendario posterior a la fecha en que recibimos su apelación. Es posible que le solicitemos 14 días calendario adicionales si necesitamos más tiempo para analizar su apelación.

### **Usted tiene el derecho.**

- A solicitar y obtener copias de todos los documentos relacionados con su apelación. Usted puede añadir información acerca de la apelación a su expediente por escrito o en persona.
- A continuar recibiendo servicios cubiertos por Medicaid mientras se revisa su apelación. Para que estos servicios cubiertos por Medicaid continúen, debe llamar o informarnos dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de denegación. Si se rechaza su apelación, es posible que usted deba pagar por el costo de los beneficios continuos que recibió. Si se aprueba su apelación y no solicitó que sus servicios continuarán mientras se decidía su apelación, autorizaremos o proporcionaremos servicios dentro de 72 horas.
- A una apelación rápida (acelerada) si su proveedor considera que un retraso en sus cuidados médicos o tratamiento podría ser un riesgo para su vida o causarle un dolor intenso. Usted o su proveedor deben llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan para solicitar una apelación rápida.

**Apelaciones urgentes (aceleradas).**

Usted puede solicitarnos una apelación urgente o “rápida” si piensa que la espera hasta 30 días calendario por una decisión nuestra, sin ofrecerle atención médica inmediata, podría causar un dolor severo o podría ser un riesgo para su vida. Cuando su proveedor considera que una demora en su atención médica o tratamiento puede causar una emergencia médica, usted o su proveedor deben llamar al **1-800-587-5187, TTY 711** para solicitar una apelación rápida. Nosotros responderemos a su apelación rápida dentro de 72 horas posteriores a su recepción. Es posible que tengamos que extender nuestro tiempo de revisión hasta 14 días. Si necesitamos ampliar nuestro plazo, le notificaremos dentro de 2 días calendario posteriores a nuestra decisión de prolongar el plazo.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo, puede presentar ante nosotros una **reclamación**.

Si nosotros rechazamos su solicitud de apelación rápida, decidiremos acerca de su apelación dentro de 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de apelación rápida, usted puede presentar una **reclamación** ante nosotros.

**Apelaciones externas.**

Después de completar el proceso de apelación con su MCO, y si aún usted no está satisfecho, puede solicitar que una Organización de Revisión Independiente (IRO) revise su apelación por servicios médicos. Las solicitudes de apelaciones externas deben recibirse dentro de los cuatro meses posteriores a la fecha de la decisión acerca de su apelación. Llame al **1-800-587-5187, TTY 711** para obtener ayuda o para recibir instrucciones por escrito acerca de cómo debe presentar una apelación externa.

**Audiencia imparcial del estado**

Si usted no está satisfecho con el resultado de la decisión de apelación de la MCO, puede solicitar una Audiencia imparcial del estado. Su solicitud debe presentarse dentro de los ciento veinte (120) días calendario a partir de la fecha de la decisión a su apelación. La Audiencia imparcial del estado se realiza por la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS). Usted tiene derecho a que los servicios cubiertos por Medicaid continúen mientras se tramita la Audiencia imparcial del estado. Si se rechaza la apelación de Audiencia imparcial del estado, usted puede ser responsable por el costo de los beneficios continuos que recibió. Para solicitar una Audiencia imparcial del estado, usted puede:

- Llamar al 401-462-2132 (TDD 401-462-3363), después de que haya terminado el proceso interno de apelación de la MCO, o
- Enviar su solicitud por fax al 401-462-0458, o
- Enviar su solicitud por correo electrónico a: [OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov](mailto:OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov), o
- Enviar su solicitud por correo a la:  
EOHHS Appeals Office  
Virks Building, 3 West Road  
Cranston, RI 02920

## Quejas acerca del proceso de apelación

Usted puede presentar una queja en cualquier momento durante el proceso de apelación ante la Oficina del Comisionado de Seguros de Salud (OHIC) a través de la línea de ayuda al consumidor, enviándola a:

RI Insurance Resource, Education, and Assistance Consumer Helpline (RIREACH)

1210 Pontiac Avenue

Cranston, RI 02920

Teléfono: 1-855-747-3224

Internet: [www.rireach.org](http://www.rireach.org)

Correo electrónico: [rireach@ripin.org](mailto:rireach@ripin.org)

Para obtener ayuda acerca de su queja, reclamación o apelación, usted puede llamar a RI Legal Services al 401-274-2652.

---

## Programa de calidad

Nuestro Programa de calidad puede ayudarlo a mantenerse saludable trabajando junto con su doctor. El programa de calidad le ayuda a recordar cuándo debe hacerse pruebas preventivas y obtener vacunas que prevengan las enfermedades. Le enviamos a usted y a sus proveedores recordatorios acerca de pruebas de plomo, pruebas de Papanicolaou, mamografías y vacunaciones que previenen enfermedades como la polio, las paperas, el sarampión y la varicela.

UnitedHealthcare Community Plan utiliza los estándares de HEDIS® para ayudar a medir cómo estamos llevando a cabo nuestro programa de calidad. HEDIS es un conjunto de medidas y calificaciones acerca del desempeño estándar para ayudar a las personas a comparar el funcionamiento de los planes de cuidados médicos administrados. HEDIS estudia muchas áreas, como son la atención médica prenatal y los programas para la prevención de enfermedades.

UnitedHealthcare Community Plan quiere asegurarse de que usted esté satisfecho con los servicios que recibe de su doctor y de nosotros. Para ello, nos revisamos los datos de CAHPS®. CAHPS significa Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica. Esta encuesta hace preguntas para conocer qué tan satisfecho usted se encuentra con los cuidados médicos que recibe. Si recibe una encuesta para miembros por correo, llénela y envíenosla.

UnitedHealthcare Community Plan analiza los resultados de HEDIS y CAHPS. Después, nosotros compartimos los resultados con nuestros proveedores. Trabajamos con los proveedores para asegurarnos que los servicios que ellos y nosotros le brindamos a usted sean positivos para sus cuidados médicos.

Si usted desea conocer más acerca del Programa de calidad, llame a Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**.

## Otra información del plan de salud

---

### Cómo cancelar su inscripción en UnitedHealthcare Community Plan

Usted puede cambiar su plan de salud durante el período de inscripción abierta anual del Estado o dentro de 90 días calendario posteriores a su inscripción en UnitedHealthcare Community Plan. Si desea cancelar su inscripción en cualquier otro momento, puede hacerlo por cualquiera de los siguientes motivos: Mala calidad de la atención, mala continuidad de la atención (como la falta de acceso a su PCP o servicios especializados necesarios), discriminación, falta de acceso al transporte, mudarse fuera del estado, o por otras razones que sean válidas. Visite [www.eohhs.ri.gov](http://www.eohhs.ri.gov) para obtener una forma para la solicitud de cambio de planes de salud. La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (EOHHS) decidirá si usted puede cambiar de plan.

---

### Coordinación de beneficios (COB)

Si usted o algún miembro de su familia tiene otro plan de salud, ese plan es su seguro primario. UnitedHealthcare Community Plan sería su plan secundario de salud. Llame a Servicios para Miembros si tiene otro seguro o si esa cobertura ha finalizado.

---

### Administración de utilización

UnitedHealthcare Community Plan no quiere que usted reciba menos cuidados médicos que necesite o cuidados médicos que realmente no necesita. También debemos asegurarnos de que la atención médica que reciba sea un beneficio cubierto. Utilizamos la administración de utilización (UM) para asegurarnos que usted esté recibiendo la atención médica adecuada en el momento y en el lugar adecuado.

Solamente doctores y farmacéuticos pueden llevar a cabo una UM (Administración de Utilización). Las decisiones de aprobación o denegación se basan en la atención médica y el servicio, así como también en sus beneficios. Las decisiones no se toman debido a recompensas financieras o de otro tipo. Si tiene usted alguna pregunta, puede hablar con nuestro personal de UM directamente al 1-800-672-2156, TTY 711, o 1-401-732-7373. El personal está disponible 8 horas al día durante las horas normales de trabajo. Si necesita dejar un mensaje, alguien le devolverá la llamada. La asistencia lingüística también está disponible.

### Si usted recibe una factura por servicios

Los hospitales y doctores participantes no pueden enviar facturas a los miembros por los servicios cubiertos. Si usted recibe una factura, llame a Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**. Un representante trabajará con usted para conocer si usted necesita pagar por esa factura o si debe enviarnos la factura a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan  
Attention: Member Appeals  
P.O. Box 31364  
Salt Lake City, UT 84131

Guarde una copia de la factura. Nosotros revisaremos estas facturas para asegurarnos de que los servicios sean por beneficios cubiertos. Si están cubiertos, le pagaremos al proveedor de atención médica de inmediato. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**.

Si usted recibe un servicio cubierto por UnitedHealthcare Community Plan, no debe recibir ninguna factura. Si le envían factura(s), llame a su proveedor (doctor u hospital) de inmediato. Informe que usted tiene un seguro con UnitedHealthcare Community Plan y asegúrese que tengan su número de identificación. Solicite al proveedor que deje de enviarle facturas a usted y que envíe esas reclamaciones a UnitedHealthcare Community Plan.

---

### Evaluación de nuevas tecnologías

Algunas prácticas médicas y tratamientos aún no han demostrado ser efectivos. Las nuevas prácticas, tratamientos, pruebas y tecnologías son revisadas a nivel nacional por UnitedHealthcare Community Plan con el fin de poder tomar decisiones acerca de esas nuevas prácticas y tratamientos médicos y para conocer en qué condiciones pueden utilizarse. Esta información es revisada por un comité de doctores, enfermeras, farmacéuticos y expertos que son invitados al UnitedHealthcare Community Plan y son quienes toman la decisión final acerca de la cobertura. Si usted desea obtener más información acerca de cómo tomamos decisiones sobre nuevas prácticas médicas y tratamientos, llámenos al **1-800-587-5187, TTY 711**.

## CurrentCare®

Cuanta más información tengan sus proveedores acerca de su historia médica, mejor podrán atenderlo. Usted puede tener consultas con más de un solo proveedor. Es posible que usted haya tenido varias visitas al hospital, al consultorio del proveedor o a la clínica comunitaria. Cada uno de estos proveedores puede hacer un mejor trabajo otorgándole los cuidados médicos si tiene acceso a todos sus expedientes médicos en un solo lugar. CurrentCare® es la red electrónica de salud de Rhode Island. Si usted se registra, le está dando permiso a sus proveedores para poder ver su información de salud en la base de datos. Esto mantiene a todos sus proveedores informados y les permite coordinar más fácilmente su atención médica. Si desea inscribirse en CurrentCare, llame al 1-888-858-4815. Esta inscripción es gratuita.

---

## Base de datos de reclamaciones de todos los cuentahabientes de Rhode Island

La ley exige que UnitedHealthcare Community Plan reporte los datos acerca del uso y los costos de la atención médica de sus miembros. Esta información se incluirá en la base de datos de reclamaciones de todos los cuentahabientes de Rhode Island. Será utilizada por los responsables políticos para tomar mejores decisiones acerca de la atención médica. Usted tiene las siguientes opciones:

1. Si desea que los datos de su familia estén en los registros, no tiene que hacer nada.
2. Si desea omitir sus datos, acuda al sitio en internet [www.riapcd-optout.com](http://www.riapcd-optout.com). Si no puede conectarse en línea, llame a la Asistencia al Consumidor de Seguros de Salud de Rhode Island al 1-855-747-3224. Si usted tiene alguna pregunta o desea obtener más información, envíe un correo electrónico a [riapcd@ohic.ri.gov](mailto:riapcd@ohic.ri.gov).

---

## Fraude, desperdicio y abuso

Si usted sospecha o sabe que se está cometiendo un fraude, un desperdicio o un abuso, infórmelo de inmediato. El fraude ocurre cuando un miembro o proveedor hace algo que no es honesto para que él o ella u otra persona obtengan resultados positivos o algún tipo de beneficio o incentivo. El desperdicio ocurre cuando hay un uso excesivo de los servicios u otras prácticas que, directa o indirectamente, resultan en costos innecesarios para el sistema de atención médica. El abuso ocurre cuando no se siguen las prácticas comerciales y médicas adecuadas, y el resultado es un costo innecesario para el programa de Medicaid. El reportar el fraude, el desperdicio y el abuso no afectará la forma en que UnitedHealthcare Community Plan lo tratará. Tiene la opción de permanecer en el anonimato cuando usted informe. Proporcione tanta información como sea posible, esto ayudará a las personas que investigan el informe.

## Otros detalles del plan

Algunos ejemplos de fraude, desperdicio o abuso son:

- Compartir, prestar, cambiar o vender un plan de salud o una tarjeta de identificación de Medicaid de Rhode Island para que otra persona pueda obtener servicios de atención médica.
- Usar el plan de salud de otra persona o la tarjeta de identificación de Medicaid de Rhode Island para obtener servicios de atención médica.
- Usar el talonario de recetas de un proveedor para alterar o falsificar una receta de un proveedor para recibir medicamentos.
- Recibir beneficios tanto en Rhode Island como en otro estado.
- Mentir acerca de cuánto dinero gana o dónde vive para ser elegible y poder recibir beneficios.
- Vender o dar recetas que le dieron a usted a otras personas.
- Proveedores u hospitales que le facturan a usted o a su plan de salud por servicios que nunca se brindaron.

Hay muchas maneras en que se puede reportar el fraude, el desperdicio y el abuso:

- Llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-587-5187, TTY 711** o escriba una carta a:  
UnitedHealthcare Community Plan  
475 Kilvert Street  
Warwick, RI 02886
- Comuníquese con:
  - La Oficina de Integridad del Programa de RI (RI Office of Program Integrity) al 401-462-6503;
  - La Línea Directa de Fraude (RI Department of Human Services Fraud) del Departamento de Servicios Humanos de RI para informes sobre CCAP, SNAP, RI Works y GPA al 401-415-8300;
  - El Departamento del Procurador General de RI (RI Attorney General) para informar acerca de un fraude de Medicaid, un abuso o negligencia de pacientes o llame a Desviación de Drogas (Drug Diversion) al 401-222-2556 o 401-274 a 4400 ext. 2269.

---

## Paridad

Los servicios de salud del comportamiento y trastornos por el uso de sustancias se consideran beneficios de salud esenciales. UnitedHealthcare Community Plan garantiza que los requisitos financieros (como los copagos y los deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como los límites de visitas) que se aplican a los beneficios de trastornos de salud mental o por el abuso de sustancias no son más estrictos que los límites que los planes de seguro aplican a los planes médicos o beneficios quirúrgicos. Si usted piensa que su capacidad para obtener servicios de salud conductual es diferente a los servicios médicos, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-800-587-5187, TTY 711**, e informe que tiene una queja de paridad.



## Definiciones

**Apelación:** Una apelación es un tipo especial de queja que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión denegando una solicitud de servicios de atención médica. También puede presentar una apelación si usted no está de acuerdo con una decisión de detener o reducir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, usted puede solicitar una apelación si UnitedHealthcare Community Plan no paga por un artículo o servicio que usted piensa que debería poder obtener. Existe un proceso específico que debemos usar cuando se solicita una apelación.

**Queja:** Es una preocupación que tiene acerca de beneficios, servicios, acceso a citas, facturas incorrectas que recibe u otros problemas. Si es posible, resolveremos su problema en el momento de su llamada.

**Coordinación de beneficios (COB):** Si tiene otro plan de salud, ese plan es su seguro primario. UnitedHealthcare Community Plan sería su plan secundario de salud. Llame a Servicios para Miembros si tiene otro seguro o si esa cobertura ha finalizado.

**Copago:** Es un pago que el miembro hace por servicios de salud además del pago que hace el seguro.

**Equipo Médico Durable (DME):** Son artículos comprados o rentados como camas de hospital, equipo de oxígeno, equipo de asientos elevados, sillas de ruedas y otros equipos necesarios que han sido ordenados por el proveedor de los cuidados de salud y que serán usados en el hogar del paciente.

**Condición médica de emergencia:** Una enfermedad, lesión, síntomas o condición seria que hace que una persona sin conocimientos de medicina busque ayuda de inmediato para evitar que daños severos ocurran.

**Transporte médico de emergencia:** También llamado servicios de ambulancia o servicios paramédicos, son servicios de emergencia que dan tratamiento a enfermedades y lesiones que requieren de una respuesta médica inmediata y del transporte a un centro de cuidados de emergencia.

**Cuidados médicos en una sala de emergencia:** Son los cuidados médicos que se brindan en las emergencias médicas, cuándo se piensa la salud de una persona está en peligro.

**Servicios de emergencia:** Una emergencia es una enfermedad o lesión que potencialmente pone en peligro la vida de una persona. Puede ser una condición que cause un dolor intenso o producir daños si no se recibe tratamiento médico de inmediato.

**EPSDT:** Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos.

**Servicios excluidos:** Artículos o servicios que UnitedHealthcare Community Plan no cubre.

## Otros detalles del plan

**Reclamación:** Es una queja sobre la forma en que su plan de salud está brindando atención o insatisfacción sobre cualquier otra cosa que no sea un servicio que no está cubierto. Los ejemplos de una reclamación incluyen: insatisfecho con la forma en que su plan de salud respondió a su queja; su plan de salud solicita más tiempo para tomar una decisión de autorización; le preocupa la calidad de la atención o los servicios que recibió; siente que un proveedor o su empleado fueron groseros, o siente que un proveedor no respetó sus derechos como miembro. Una reclamación no es la manera de tratar una queja acerca de una decisión de tratamiento o un servicio que no está cubierto (consulte la *Apelación*).

**Servicios y dispositivos de habilitación:** Son servicios de atención médica que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades necesarias para la vida diaria. Los ejemplos incluyen la terapia para un niño que no camina ni habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, terapia del habla y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.

**Seguro de salud:** Un contrato que requiere que su asegurador de salud pague parte o todos sus costos de atención médica a cambio de una prima.

**Cuidados de salud en el hogar:** Atención médica de enfermería especializada y servicios de asistencia médica domiciliaria, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y lenguaje, servicios sociales médicos, equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno y andadores), suministros médicos y otros servicios proporcionados en el hogar.

**Medicamento necesario:** Atención médica directa, servicios o suministros que se necesitan para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica, salud del comportamiento o prevención del empeoramiento de su afección. Deben cumplir con los estándares de buena práctica médica y no son para su conveniencia ni para la conveniencia de su doctor.

**Red de proveedores:** El grupo de doctores, hospitales, farmacias y otros expertos en los cuidados médicos, contratados por un plan de salud para atender a sus miembros.

**Proveedor no participante:** Persona que brinda los cuidados de salud o un proveedor que no tiene un contrato con su plan de salud.

**Servicios de doctor:** Servicios brindados por una persona licenciada por las leyes del Estado para practicar medicina u osteopatía.

**Plan:** Entidad de atención médica administrada que administra la prestación de servicios de salud.

**Preautorización (Autorización Previa):** La aprobación del plan de salud que es necesaria antes de recibir cuidados médicos.

**Proveedor participante:** Una persona que brinda atención médica o un proveedor que tenga un contrato con el Plan y acepte trabajar con los miembros dentro del plan de salud, también conocido como miembro de la red o proveedor dentro de la red.

**Prima:** Cantidad que se paga al seguro cada mes.

**Cobertura de medicamentos de receta:** Es el seguro de salud o plan que ayuda a pagar por los medicamentos de receta y medicamentos OTC (venta libre).

**Medicamentos de receta:** Son medicamentos que por ley deben tener una receta médica.

**Doctor o proveedor de atención primaria:** Un doctor (MD o DO), una enfermera practicante, una asistente de doctor que esté entrenados para ofrecerle los cuidados de salud básicos. Su proveedor de atención primaria (PCP), es la persona que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se aseguran de que usted reciba la atención médica que necesita para mantenerse saludable.

**Referencia:** Solicitud de su PCP a su plan de salud para aprobar una cita y/o tratamiento a un especialista.

**Servicios y dispositivos de rehabilitación:** Son servicios solicitados por su PCP para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad o lesión. Estos servicios son brindados por enfermeras y terapeutas físicos, ocupacionales y del habla. Los ejemplos incluyen trabajar con un fisioterapeuta para ayudarlo a caminar y con un terapeuta ocupacional para ayudarlo a vestirse.

**Cuidados médicos de enfermería especializada:** Un nivel de atención médica que incluye servicios que pueden ser llevados a cabo de manera segura y correcta por una enfermera con licencia (ya sea como enfermera registrada o licenciada como enfermera practicante).

**Especialista:** Un doctor que solo da tratamiento a ciertas partes del cuerpo, solo a ciertos problemas de salud o ciertos grupos de pacientes de ciertas edades. Por ejemplo, algunos doctores solo tratan a pacientes con problemas del corazón.

**Cuidados médicos de urgencia:** Son los cuidados de salud que usted recibe cuándo hay una enfermedad o una lesión repentina y que necesitan de cuidados médicos de inmediato, pero son condiciones que no amenazan su vida. Su proveedor de atención primaria es quien generalmente le proporciona los cuidados médicos de urgencia que usted necesita.

## AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2019.

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

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

### Cómo usamos o compartimos su información

Debemos usar y divulgar su información médica con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

**Tenemos derecho a usar y compartir su información médica para ciertos propósitos.** Esto es necesario para su tratamiento, para el pago de su atención y para realizar nuestras operaciones comerciales.

Podemos usar o compartir su información médica de la siguiente forma:

- **Para recibir un pago.** Podemos usar o compartir su información médica para procesar pagos de primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para tratamiento o administración de la atención.** Podemos compartir su información médica con sus proveedores para ayudar con su atención.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.

- **Para proveerle información acerca de programas o productos relacionados con la salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios alternativos. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de afiliaciones, desafiliaciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para propósitos de suscripción.** Podemos usar su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información genética para propósitos de suscripción.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos usar su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios de salud.

#### Podríamos usar o compartir su información de salud de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas relacionadas con su atención.** Puede ser un miembro de la familia en una emergencia. Esto puede suceder si usted no puede aceptar o presentar oposición. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para actividades de salud pública.** Esto puede realizarse para prevenir brotes de enfermedades.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia autorizada por ley a recibir esta información de médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para hacer cumplir la ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una emergencia o un desastre natural.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.

## Otros detalles del plan

- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionar atención médica; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para nuestros socios comerciales** en caso de que sea necesario para que le proporcionen sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Nosotros cumpliremos con las leyes más estrictas que se apliquen.
  1. Alcohol y abuso de sustancias
  2. Información biométrica
  3. Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
  4. Enfermedades transmisibles
  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 médica según se describe en el presente documento o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir sus notas de psicoterapia. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información médica a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información médica en ciertas listas de correo promocional. Si nos permite compartir su información médica, el destinatario puede seguir compartiéndola. Puede retirar su consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

## Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

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

## Otros detalles del plan

### Cómo usar sus derechos

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

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

<sup>1</sup> Este Aviso sobre prácticas de privacidad de información médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; 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 Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United Healthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: [www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es](http://www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es) o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.



## Aviso de privacidad de la información financiera

### **EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.**

Vigente a partir del 1.º de enero de 2019.

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

#### **Información que recopilamos**

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

#### **Divulgación de la información financiera**

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

#### **Confidencialidad y seguridad**

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

## Otros detalles del plan

### Preguntas sobre este aviso

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

<sup>2</sup> Para los propósitos de este Aviso de privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 1, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; LifePrint East, Inc.; Life Print Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO of Florida, Ltd.; POMCO West, Inc.; POMCO, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services LLC; y UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros médicos en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, vaya a: [www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es](http://www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2-es) o llame al número que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.



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

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

Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130

[UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

Usted tiene que enviar la queja dentro de los 60 días de la fecha cuando se enteró de ella. Se le enviará la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para solicitar que la consideremos de nuevo.

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros que aparece en su tarjeta de identificación del plan de salud, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

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

**Internet:**

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

Formas para las quejas se encuentran disponibles en:

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

**Teléfono:**

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

**Correo:**

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

Si necesita ayuda para presentar su queja, por favor llame al número gratuito para miembros anotado en su tarjeta de identificación como miembro.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Tales como, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros que aparece en su tarjeta de identificación del plan de salud, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-587-5187, TTY 711.

**Spanish**

ATENCIÓN: Los servicios de asistencia de idiomas están a su disposición sin cargo. Llame al 1-800-587-5187, TTY 711.

**Portuguese**

ATENÇÃO: Encontram-se disponíveis serviços de assistência de idioma. Contacte 1-800-587-5187, TTY 711.

**Chinese**

注意：我們提供免費的語言協助服務。請致電 1-800-587-5187 或聽障專線 (TTY) 711。

**French Creole (Haitian Creole)**

ATANSYON: Gen sèvis èd pou lang, gratis, ki disponib pou ou. Rele 1-800-587-5187, TTY 711.

**Mon-Khmer, Cambodian**

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដែលឥតគិតថ្លៃ មានសម្រាប់អ្នក ។  
សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-587-5187, TTY 711 ។

**French**

ATTENTION : vous pouvez profiter d'une assistance linguistique sans frais en appelant le 1-800-587-5187, TTY 711.

**Italian**

ATTENZIONE: È disponibile un servizio gratuito di assistenza linguistica. Chiamare il numero 1-800-587-5187, TTY 711.

**Laotian**

ໝາຍເຫດ: ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າແມ່ນມີໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໂທຫາ 1-800-587-5187, TTY 711.

**Arabic**

تنبيه: تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-587-5187، الهاتف النصي: 711.

**Russian**

ВНИМАНИЕ! Языковые услуги предоставляются вам бесплатно. Звоните по телефону 1-800-587-5187, TTY 711.

**Vietnamese**

LƯU Ý: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, dành cho bạn. Hãy gọi 1-800-587-5187, TTY 711.

**Kru (Bassa)**

TÒ ĐÙŨ NÒMÒ DYÍIN CÁO: À bédé gbo-kpá-kpá bó wuḍu-dù kò-kò po-nyò bě bìi nō à gbo bó pídyi. M̄ dyi gbo-kpá-kpá m̄wín, dá nòbà nià ke: 1-800-587-5187, TTY 711.

**Igbo**

NRỤBAMA: Ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gị. Kpọọ 1-800-587-5187, TTY 711.

**Yoruba**

AKIYESI: Iranlowo siso ede, o wa ni ofe fun o. Pe 1-800-587-5187, TTY 711.

**Polish**

UWAGA: Zapewniamy bezpłatne wsparcie tłumaczeniowe. Prosimy o kontakt telefoniczny: 1-800-587-5187, TTY 711.

# Nosotros estamos aquí para servirle.

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-800-587-5187, TTY 711**, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección [UHCCommunityPlan.com](http://UHCCommunityPlan.com).

UnitedHealthcare Community Plan  
475 Kilvert Street, Suite 310  
Warwick, RI 02886

[UHCCommunityPlan.com](http://UHCCommunityPlan.com)

**1-800-587-5187, TTY 711**



