



Bienvenido a la
comunidad.

Texas – enero de 2014

Manual para Miembros de CHIP

1-888-887-9003, TDD/TTY 711, para personas
con problemas de audición

Sirviendo los condados de:

Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jasper, Jefferson, Liberty, Matagorda, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller y Wharton.

1-888-887-9003 TDD/TTY 711, para personas con problemas de audición

Lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del centro

www.UHCCommunityPlan.com

Qué debe hacer en caso de una emergencia

Llame al 911, o vaya al hospital o centro de emergencia más cercano si cree que necesita recibir atención de emergencia. Puede llamar al 911 si necesita ayuda para trasladarse hasta la sala de emergencias del hospital. Si recibe servicios de emergencia, llame a su médico para que programe una visita de seguimiento tan pronto como sea posible. Llámenos e infórmenos sobre la atención de emergencia que recibió. Una emergencia es una situación en la que cree que tiene una afección médica grave o cree que si no recibe atención médica inmediatamente, su vida, alguna extremidad o la vista se verán amenazadas.

Qué debe hacer en una emergencia de salud conductual

Debe llamar al 911 si experimenta una emergencia de salud conductual que pone en riesgo su vida. También puede asistir a un centro de crisis o a la sala de emergencias más cercana. Debe llamar a Optum Behavioral Health al 1-800-495-5660 tan pronto como sea posible.

En caso de emergencia llame al **911**

Si cree que no es una emergencia, pero necesita ayuda, llame a la línea de enfermería NurseLine al 1-800-850-1267.

Llámenos si tiene preguntas acerca de su plan de salud. Nuestro número de llamadas gratuitas de Servicios para Miembros es **1-888-887-9003; TDD/TTY 711**, para personas con problemas de audición. Cuando llame, habrá personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés.

Este Manual para miembros se encuentra disponible, a solicitud, en una versión en audio, Braille, impresión con letra más grande y en otros idiomas. Llame al 1-888-887-9003 para solicitar ayuda.

Números de teléfono sin cobrar

Servicios para Miembros (de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes) **1-888-887-9003**
TDD/TTY (para personas con problemas de audición) **711**

- Después de las horas hábiles, comuníquese con la línea de enfermería NurseLine.
- Servicios de interpretación disponibles.
- Se habla español.
- Información sobre cómo obtener servicios cubiertos.

Servicios por abuso de sustancias y salud conductual

(para los miembros de CHIP y los miembros recién nacidos de CHIP con cobertura perinatal)

Optum Behavioral Health 1-800-495-5660

- Disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Autorizaciones, remisiones y verificación de beneficios.
- Servicios de interpretación disponibles.
- Se habla español.

NurseLine 24/7 Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana 1-800-850-1267

Si tiene una emergencia o una crisis, llame al 911.

Servicios dentales (para los miembros de CHIP y los miembros recién nacidos de CHIP con cobertura perinatal)

DentaQuest 1-800-508-6775

MCNA Dental 1-855-691-6262

Línea de ayuda del Programa CHIP Texas 1-800-647-6558

Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas

(Texas Health and Human Services Commission) 1-800-252-8263

Atención de la vista 1-888-887-9003

(para los miembros de CHIP y los miembros recién nacidos de CHIP con cobertura perinatal)

Proveedor de medicamentos recetados 1-888-887-9003

UnitedHealthcare Community Plan • 14141 Southwest Freeway, Suite 800 • Sugar Land, TX 77478
Teléfono: **1-888-887-9003**

Gracias por elegir **UnitedHealthcare Community Plan** como su plan de salud.

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan.

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan como su plan de salud y el de su hijo. UnitedHealthcare Community Plan, ofrecido por UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C., una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), está comprometida a ayudarle a obtener la atención médica que usted y su hijo necesitan.

En UnitedHealthcare Community Plan, nuestro objetivo es ayudar a todos nuestros miembros a llevar una vida más saludable. Usted y su hijo tendrán su propio médico, llamado proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), quien conocerá su historia clínica y la de su hijo, y trabajará arduamente para que usted y su hijo se mantengan saludables. Su PCP y el de su hijo saben que administrar su atención médica es importante. Los exámenes regulares llevados a cabo por su PCP y el de su hijo pueden ayudar a detectar problemas de forma temprana. Su PCP y el de su hijo desean ayudar antes de que los problemas se agraven. El PCP le brindará una remisión a especialistas cuando usted o su hijo lo necesiten. UnitedHealthcare Community Plan tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica con los que puede contar. Muchos de ellos están cerca de su hogar. Ayudaremos a que usted y su hijo se mantengan saludables y obtengan una buena atención médica cuando no se sientan bien. UnitedHealthcare Community Plan trabajará arduamente para garantizar que puedan acceder a la atención que usted y su hijo necesitan.

Su guía para la buena salud.

Lea este Manual para miembros. Le informará sobre sus beneficios y los de su hijo. Le ayudará a usar su plan de salud inmediatamente.

Mire su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan y la de su hijo. Asegúrese de que toda la información sea correcta. Queremos que le resulte fácil usar su plan de salud y el de su hijo. Podemos responder cualquier pregunta que tenga acerca de cómo comenzar. Si tiene preguntas, llámenos. Nuestra línea gratuita de Servicios para Miembros es **1-888-887-9003**. Estamos aquí para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La cobertura después del horario de atención y durante los fines de semana se encuentra disponible a través de un sistema telefónico automático.

Ubicaciones de nuestras oficinas

UnitedHealthcare Community Plan

Oficina Regional de los Áreas de Servicio

14141 Southwest Freeway, Suite 800

Sugar Land, TX 77478

Teléfono: **1-888-887-9003** (sin cobrar)

O visite nuestro sitio web en: www.UHCCommunityPlan.com.

Nota: Se aplican las referencias a “usted”, “mi” o “yo” si es miembro del CHIP. Se aplican las referencias a “mi hijo” si su hijo es miembro del CHIP o miembro recién nacido con cobertura perinatal del CHIP.

La parte sobre el CHIP en el Manual para miembros también se aplica a los recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP con las excepciones anotadas.

¿Qué es Servicios para Miembros?

UnitedHealthcare Community Plan dispone de un departamento de Servicios para Miembros que puede responder preguntas y brindarle información en inglés y español sobre:

- Membrecía.
- Cómo elegir un PCP.
- Especialistas, hospitales y otros proveedores.
- Servicios cubiertos.
- Beneficios adicionales.
- Cómo cambiar de PCP.
- Cómo presentar una queja.
- Cómo conseguir un intérprete.
- Cualquier otro aspecto sobre el cual podría tener una pregunta.

Servicios para Miembros

1-888-887-9003

(TDD/TTY 711)

Nuestras oficinas están cerradas en los siguientes días feriados principales:

- Día de Año Nuevo
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos en la Guerra (Memorial Day)
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Día de Acción de Gracias
- Día después del día de Acción de Gracias
- Día de Navidad



3 Importantes puntos del plan de salud

- [3](#) Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan
- [3](#) Su guía para la buena salud
- [4](#) Ubicaciones de nuestras oficinas
- [4](#) ¿Qué es Servicios para Miembros?
- [5](#) Tabla de Contenido
- [11](#) Su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan
- [12](#) Cómo utilizar su tarjeta de identificación y la de su hijo
- [12](#) Como remplazar la(s) tarjeta(s) de su(s) hijo(s) si se extravían



13 Para ir al doctor

- [13](#) ¿Qué es un proveedor de atención primaria (PCP)?
- [14](#) ¿Cómo elijo un PCP?
- [14](#) ¿Qué necesito llevar a la cita con mi médico o el de mi hijo?
- [14](#) ¿Puede una clínica ser mi PCP y el de mi hijo?
- [15](#) ¿Cómo puedo cambiar mi PCP o el de mi hijo?
- [15](#) ¿Cuántas veces puedo cambiar mi PCP o el de mi hijo?
- [15](#) ¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi PCP o el de mi hijo?
- [15](#) Algunos motivos por los que podría cambiar su PCP o el de su hijo
- [15](#) ¿Hay algún motivo por el cual se pueda denegar mi solicitud de cambiar el proveedor de atención primaria?
- [15](#) ¿Puede un PCP mandarme a mí o a mi hijo a otro PCP por incumplimiento?
- [16](#) ¿Qué sucede si elijo otro médico que no es mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?
- [16](#) ¿Cómo obtengo cuidados de salud cuando la oficina del PCP de mí hijo está cerrada?
- [16](#) ¿Qué pasa si mi doctor abandona la red de UnitedHealthcare Community Plan?
- [16](#) Plan de incentivos para médicos
- [17](#) ¿Cómo elijo un proveedor perinatal? ¿Necesitaré una remisión para obtener este servicio?
- [17](#) ¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de comunicarme con un proveedor perinatal para hacer una cita?
- [17](#) ¿Puedo quedarme con un proveedor perinatal del CHIP si no pertenece a mi plan de salud?
- [17](#) ¿Qué sucede si elijo otro médico que no es mi proveedor perinatal del CHIP?
- [17](#) ¿Qué es lo que necesito traer conmigo a la cita con el proveedor perinatal?
- [18](#) ¿Puede una clínica ser un proveedor perinatal?
- [18](#) ¿Cómo puedo obtener atención después de las horas hábiles?
- [18](#) Cambio de planes de salud para los miembros del CHIP
- [18](#) ¿Qué sucede si deseo cambiar los planes de salud?
- [18](#) ¿A quién llamo?
- [18](#) ¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan de salud?



Para ir al doctor (continuación)

- [19](#) ¿Puede UnitedHealthcare Community Plan solicitar que me retiren de su plan?
 - [19](#) Cambio de planes de salud para los miembros con cobertura perinatal del CHIP
 - [19](#) ¿Qué sucede si deseo cambiar los planes de salud?
 - [20](#) ¿A quién llamo?
 - [20](#) Inscripción simultánea de los miembros de la familia en CHIP Perinatal y en Cobertura por Medicaid para Ciertos Recién Nacidos
 - [21](#) ¿Cómo hago citas?
 - [21](#) ¿Qué debo llevar a mi cita médica?
 - [21](#) ¿Cómo se obtiene atención médica cuando el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo está cerrado?
-



22 Beneficios y servicios

- [22](#) Beneficios para los miembros de CHIP y los miembros recién nacidos con cobertura perinatal
- [22](#) ¿Cuáles son los beneficios de CHIP?
- [34](#) ¿Cómo obtengo estos servicios?/¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?
- [34](#) ¿Hay cualquier límite para los servicios cubiertos?
- [34](#) ¿Cuánto pago por los servicios de salud?
- [35](#) ¿Qué son los copagos? ¿Cuánto es el pago y cuando debo pagar?
- [36](#) ¿Qué pasa si recibo una factura de parte del doctor de mi hijo? ¿Cuál es la información que necesitarán?
- [36](#) ¿Cuáles son los beneficios que mi bebé recibe cuando nace?
- [36](#) ¿Cuáles servicios no están cubiertos?
- [38](#) ¿Cuáles son los beneficios acerca de mis medicamentos de receta?
- [39](#) Suministros cubiertos y excluidos de miembros de CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal
- [47](#) ¿Qué beneficios adicionales obtiene un miembro de UnitedHealthcare Community Plan?
- [47](#) ¿Cómo obtengo estos beneficios? ¿Cómo obtengo estos beneficios para mi hijo?
- [47](#) ¿Cuáles clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?
- [48](#) Beneficios para los miembros CHIP Perinatal
- [48](#) ¿Cuáles son los beneficios de CHIP para mi bebé que aun no ha nacido?
- [48](#) ¿Cómo obtengo esos servicios?
- [57](#) ¿Qué pasa si necesito servicios que no están cubiertos por el programa CHIP Perinate?
- [57](#) ¿Cuáles son los beneficios de los medicamentos para mi bebé que aun no nace?
- [57](#) ¿Cómo encuentro una farmacia que sea parte de la red?
- [57](#) ¿Qué pasa si voy a una farmacia que no sea parte de la red?
- [57](#) ¿Qué debo llevar conmigo a la farmacia?
- [57](#) ¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos?



Beneficios y servicios (continuación)

- [57](#) ¿A quién puedo llamar si tengo problemas obteniendo mis medicamentos?
- [57](#) ¿Qué pasa si no puedo obtener aprobación del medicamento que mi doctor ordenó?
- [58](#) ¿Qué pasa si extravió mis medicamentos?
- [58](#) ¿Qué pasa si necesito medicamentos sin receta?
- [58](#) ¿Cuáles son los servicios que NO están cubiertos por CHIP Perinatal?
- [60](#) ¿Cuánto tengo que pagar por los cuidados de salud del bebé que aun no nace cubierto por CHIP Perinatal?
- [60](#) ¿Debo pagar por servicios que no están cubiertos?
- [61](#) Clases de educación para la salud y otros recursos
- [61](#) Intervención para la niñez temprana (ECI)
- [62](#) Mujeres, lactantes y niños (WIC)
- [63](#) ¿Qué beneficios extras obtiene un miembro de UnitedHealthcare Community Plan?
- [63](#) ¿Cómo obtengo estos beneficios para mi o para mi bebé que aun no ha nacido?
- [63](#) ¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?
- [64](#) Atención de salud y otros servicios para los miembros de CHIP y los miembros recién nacidos perinatales de CHIP
- [64](#) ¿Qué significa “medicamente necesario”?
- [65](#) ¿Qué es la atención médica de rutina y qué tan pronto puedo esperar que mi hijo o yo recibamos atención?
- [65](#) ¿Qué es la atención médica de urgencia y qué tan pronto puedo esperar que mi hijo o yo recibamos atención?
- [65](#) ¿Qué es una emergencia, una afección médica de emergencia, y una afección conductual de emergencia?
- [66](#) ¿Qué son los servicios de emergencia y/o la atención de emergencia?
- [66](#) ¿Qué tan pronto puedo esperar que mi hijo o yo seamos atendidos en una emergencia?
- [66](#) ¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?
- [67](#) ¿Qué hago si yo o mi hijo necesitamos atención dental de emergencia?
- [67](#) ¿Qué es la post-estabilización?
- [67](#) ¿Cómo obtengo cuidados de salud cuando la oficina del PCP de mí hijo está cerrada?
- [67](#) ¿Qué pasa si yo me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o cuando me encuentro viajando/¿qué pasa si mi hijo se enferma cuando él o ella se encuentran fuera de la ciudad o cuando se encuentran viajando? ¿Qué pasa si me encuentro fuera del estado?
- [67](#) ¿Qué pasa si yo/mi hijo se encuentra fuera del país?
- [68](#) ¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos ver a un médico especialista?
- [68](#) ¿Qué es una remisión?
- [68](#) ¿Qué servicios no necesitan una remisión?
- [68](#) ¿Qué tan pronto puedo esperar que mi hijo o yo seamos atendidos?



Beneficios y servicios (continuación)

- [69](#) ¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?
 - [69](#) ¿Cómo puedo obtener ayuda si mi hijo o yo tenemos algún problema de salud conductual, o problemas con las drogas o el alcohol? ¿Necesito una remisión para esto?
 - [69](#) ¿A quién llamo si mi hijo o yo tenemos necesidades de atención médica especiales y necesito la ayuda de alguien?
 - [69](#) ¿Cuáles son los beneficios de los medicamentos de receta para mí/mis hijos? ¿Cómo obtengo mis medicamentos o los de mi hijo?
 - [70](#) ¿Cómo encuentro una farmacia de la red?
 - [70](#) ¿Qué sucede si voy a una farmacia que no está en la red?
 - [70](#) ¿Qué debo llevar a la farmacia?
 - [70](#) ¿Qué sucede si necesito que me traigan mis medicamentos a mi hogar?
 - [70](#) ¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos un medicamento de venta libre para el CHIP?
 - [70](#) ¿A quién llamo si no puedo obtener el medicamento que recetó mi médico o el de mi hijo?
 - [70](#) ¿Qué sucede si no puedo obtener el medicamento que mi médico recetó?
 - [70](#) ¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?
 - [70](#) ¿Qué sucede si mi hija o yo necesitamos píldoras anticonceptivas?
 - [71](#) ¿Cómo puedo obtener servicios de atención de la vista para mí o para mi hijo?
 - [71](#) ¿Cómo puedo obtener servicios de atención dental para mi hijo?
 - [71](#) ¿Puede alguien brindarme servicios de interpretación cuando hablo con mi médico (o el de mi hijo)? ¿A quién debo llamar para conseguir un intérprete? ¿Con cuánto tiempo de anticipación debo llamar?
 - [71](#) ¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?
-



72 Planificación familiar

- [72](#) ¿Qué sucede si mi hija o yo necesitamos atención de un obstetra/ginecólogo?
- [72](#) ¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ ginecólogo como mi proveedor de atención primaria o el de mi hija?
- [72](#) ¿Cómo elijo un obstetra/ginecólogo?
- [72](#) Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?
- [72](#) ¿Necesitaré una remisión para obtener los servicios de un obstetra/ ginecólogo?
- [72](#) ¿Qué tan pronto mi hija o yo podemos recibir atención después de contactar a nuestro obstetra/ginecólogo para una cita?
- [73](#) ¿Mi hija y yo podemos mantener nuestro obstetra/ginecólogo si no pertenece a UnitedHealthcare Community Plan?
- [73](#) ¿Qué sucede si estoy embarazada? ¿Qué sucede si mi hija está embarazada? ¿A quién debo llamar?
- [73](#) ¿Qué tengo que hacer si me mudo?



74 Otros detalles del plan

- [74](#) Derechos y responsabilidades para los miembros del CHIP y los miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
- [74](#) Derechos de los miembros
- [75](#) Responsabilidades del miembro
- [76](#) ¿Qué significa “medicamente necesario”?
- [77](#) ¿Qué es la atención médica de rutina y qué tan pronto puedo esperar que reciba atención?
- [77](#) ¿Qué es la atención médica de urgencia y qué tan pronto puedo esperar que reciba atención?
- [78](#) ¿Qué es una emergencia y una afección de emergencia?
- [78](#) ¿Qué son los servicios de emergencia y/o la atención de emergencia?
- [78](#) ¿Qué tan pronto puedo esperar que yo sea atendido en una emergencia?
- [78](#) ¿Cómo obtengo cuidados de salud cuando la oficina del doctor está cerrada?
- [78](#) ¿Qué pasa si yo me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o cuando me encuentro viajando yo necesito medicamento de venta libre? ¿Qué pasa si me encuentro fuera del estado?
- [79](#) ¿Qué pasa si yo/mi hijo se encuentra fuera del país?
- [79](#) ¿Qué es una remisión?
- [79](#) ¿Qué servicios no necesitan una remisión?
- [79](#) ¿Qué pasa si yo necesito de servicios que no estén cubiertos por CHIP Perinatal?
- [79](#) ¿Cómo obtengo mis medicamentos?
- [79](#) ¿Cómo encuentro una farmacia de la red?
- [79](#) ¿Qué sucede si voy a una farmacia que no está en la red?
- [80](#) ¿Qué debo llevar a la farmacia?
- [80](#) ¿Qué sucede si necesito que me traigan mis medicamentos a mi hogar?
- [80](#) ¿A quién puedo llamar si tengo problemas obteniendo mis medicamentos?
- [80](#) ¿Qué sucede si no aprueban el medicamento que mi médico recetó?
- [80](#) ¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?
- [80](#) ¿Qué sucede si yo necesito medicamento de venta libre?
- [80](#) ¿Puede alguien brindarme servicios de interpretación cuando hablo con mi médico perinatal? ¿A quién debo llamar para conseguir un intérprete? ¿Con cuánto tiempo de anticipación debo llamar?
- [80](#) ¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?
- [81](#) ¿Cómo elijo un proveedor perinatal? ¿Necesitaré una remisión para obtener este servicio?
- [81](#) ¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de comunicarme con un proveedor perinatal para hacer una cita?
- [81](#) ¿Puedo quedarme con un proveedor perinatal del CHIP si no pertenece a mi plan de salud?
- [81](#) ¿Qué pasa si recibo una factura de parte del proveedor perinatal? ¿Cuál es la información que necesitarán?



Otros detalles del plan *(continuación)*

- [81](#) ¿Qué tengo que hacer si me mudo?
- [82](#) Derechos y responsabilidades para los miembros de CHIP perinatales
- [82](#) Derechos de los miembros
- [83](#) Responsabilidades del miembro
- [83](#) Cómo trabaja la cobertura de CHIP Perinatal
- [83](#) ¿Cuándo termina la cobertura de CHIP Perinatal?
- [83](#) ¿Recibiré notificación del estado cuando mi cobertura con CHIP Perinatal termine?
- [84](#) ¿Cómo puedo renovar la cobertura con CHIP Perinatal?
- [84](#) ¿Cómo puedo escoger al Proveedor de Atención Primaria de mi bebé antes de que nazca? ¿A quién puedo llamar? ¿Cuál es la información que se necesita?
- [84](#) ¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién debo llamar?
- [85](#) Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme?
- [85](#) ¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una queja?
- [85](#) ¿Cuánto tiempo se tomará procesar mi queja?
- [85](#) ¿Cuáles son los requerimientos y fechas límites para presentar una queja?
- [85](#) ¿Tengo derecho a reunirme con un Panel de Apelaciones de Quejas?
- [86](#) ¿Dónde puedo enviar mi queja por correo?
- [86](#) Programa del defensor del pueblo
- [86](#) ¿Qué puedo hacer si el médico de mi hijo solicita un servicio para mi hijo que está cubierto pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o lo limita?
- [86](#) ¿De qué forma me notificarán si los servicios son denegados?
- [87](#) ¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?
- [87](#) ¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?
- [87](#) ¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?
- [87](#) No se permite ninguna represalia
- [87](#) ¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una apelación?
- [87](#) ¿Qué es una apelación acelerada?
- [87](#) ¿Cómo solicito una apelación acelerada?
- [88](#) ¿Debo solicitar una apelación acelerada por escrito?
- [88](#) ¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?
- [88](#) ¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una solicitud de apelación acelerada?
- [88](#) ¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación o una apelación acelerada?
- [88](#) ¿Qué es una Organización de Revisión Independiente (IRO)?
- [88](#) ¿Cómo solicito una IRO?
- [89](#) ¿Cuáles son los plazos para este proceso?
- [89](#) Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información
- [90](#) ¿Desea denunciar casos de gasto superfluo, abuso o fraude del CHIP?
- [92](#) Avisos de privacidad del plan de salud

Importantes puntos del plan de salud

Tarjeta de identificación (ID) como miembro

Cada persona que se convierte en miembro de UnitedHealthcare Community Plan obtiene una tarjeta de identificación (ID). La tarjeta de identificación les brinda al médico y al personal del consultorio información importante sobre usted/su hijo. Usted/suhijo recibirá una nueva tarjeta de identificación si cambia de proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o si llega a los límites del copago familiar.

Verifique la tarjeta de usted/su hijo para asegurarse de que la información sea correcta.

Si su tarjeta de identificación o la de su hijo no tiene el nombre del PCP pero dice que llame al **1-888-887-9003**, llame a Servicios para Miembros para elegir un PCP. Tarjetas de identificación para miembros perinatales de CHIP no tienen el nombre del PCP anotado.

Cómo leer su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan y la de su hijo.

Su tarjeta de identificación y la de su hijo dirán CHIP y tendrán el símbolo de UnitedHealthcare Community Plan. Esto permitirá que su proveedor de atención médica y el de su hijo sepan que usted o su hijo son miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

Tarjeta ID de CHIP

Tarjeta ID de Miembro perinatal

Tarjeta ID Miembro recién nacido con cobertura perinatal

Health Plan/Plan de salud (80840) 999-99999-99			
Member ID/ID del Miembro: 999999999		Group/grupo: TXCHIP	
Member/Miembro: SUBSCRIBER BROWN		Payer ID/ID del Pagador: 87726	
PCP Name/Nombre del PCP: PROVIDER BROWN			
PCP Phone/Teléfono del PCP: (999) 999-9999			
Effective Date/Fecha de vigencia 99/99/9999			
Copay: Office/Prev/ER/Inpatient/RxGen/RxBrand \$0/\$0/\$0/\$0/\$0/\$0			
0709 Administered by UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC			

Health Plan/Plan de salud (80840) 999-99999-99			
Member ID/ID del Miembro: 999999999		Group/grupo: TXCHIP	
Member/Miembro: SUBSCRIBER BROWN		Payer ID/ID del Pagador: 87726	
Effective Date/Fecha de vigencia 99/99/9999			
Copay/Copago: No copay or cost sharing/No hay copago o participación en los costos			
0709 Administered by UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC			

Health Plan/Plan de salud (80840) 999-99999-99			
Member ID/ID del Miembro: 999999999		Group/grupo: TXCHIP	
Member/Miembro: SUBSCRIBER BROWN		Payer ID/ID del Pagador: 87726	
PCP Name/Nombre del PCP: PROVIDER BROWN			
PCP Phone/Teléfono del PCP: (999) 999-9999			
Effective Date/Fecha de vigencia 99/99/9999			
Copay/Copago: No copay or cost sharing/No hay copago o participación en los costos			
0709 Administered by UnitedHealthcare Community Plan of Texas, LLC			

In case of emergency call 911 or go to nearest emergency room. Printed: 01/01/01

After treatment, call your child's PCP within 24 hours or as soon as possible. This card does not guarantee coverage. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta garantiza cobertura.

For Members/Para Miembros: 888-887-9003 TDD 711
Mental Health/Salud Mental: 800-495-5660
NurseLine/Línea de Ayuda de Enfermeras: 800-850-1267

For Providers: www.uhcommunityplan.com 888-887-9003
Medical Claims: PO Box 5270, Kingston, NY, 12402-5270

Pharmacy Claims: OptumRx, PO Box 29044, Hot Springs, AR 71903
For Pharmacist: 877-305-8952

In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 01/01/01

This card does not guarantee coverage. Esta tarjeta garantiza cobertura.

Hospital Facilities Billing: Category A: Bill TMHP (0-185% FFL)
Category B: Bill UnitedHealthcare Community Plan (185-200% FFL)
Professional/Other Services Billing: UnitedHealthcare Community Plan

For Members/Para Miembros: 888-887-9003 TDD 711
Mental Health/Salud Mental: 800-495-5660
NurseLine/Línea de Ayuda de Enfermeras: 800-850-1267

For Providers: www.uhcommunityplan.com 888-887-9003
Medical Claims: PO Box 5270, Kingston, NY 12402-5270

Pharmacy Claims: OptumRx, PO Box 29044, Hot Springs, AR 71903
For Pharmacist: 877-305-8952

In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. Printed: 01/01/01

After treatment, call your child's PCP within 24 hours or as soon as possible. This card does not guarantee coverage. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta garantiza cobertura.

For Members/Para Miembros: 888-887-9003 TDD 711
Mental Health/Salud Mental: 800-495-5660
NurseLine/Línea de Ayuda de Enfermeras: 800-850-1267

For Providers: www.uhcommunityplan.com 888-887-9003
Medical Claims: PO Box 5270, Kingston, NY, 12402-5270

Pharmacy Claims: OptumRx, PO Box 29044, Hot Springs, AR 71903
For Pharmacist: 877-305-8952

Cómo utilizar su tarjeta de identificación y la de su hijo

Entregue su tarjeta de identificación y la de su hijo al médico para verificar la cobertura al obtener servicios. La tarjeta de identificación no es una garantía de beneficios o cobertura.

Su tarjeta de UnitedHealthcare Community Plan y la de su hijo están en inglés y español, y tienen la siguiente información:

- Nombre del miembro.
- Número de identificación de miembro.
- Nombre y número de teléfono del médico. (Las tarjetas de identificación para miembros perinatales de CHIP no tienen el nombre del PCP anotado.)
- Número de la línea gratuita de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan (**1-888-887-9003**, **TDD/TTY 711** para personas con problemas de audición).
- Número de la línea gratuita disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para servicios de salud conductual (1-800-495-5660).
- Instrucciones en caso de emergencia.

Cómo reemplazar su tarjeta o la de su hijo si se pierde o se la roban

Si pierde o le roban su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan o la de su hijo, llame de inmediato a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**. El personal de Servicios para Miembros le enviará una nueva. Llame a **TDD/TTY 711**, para personas con problemas de audición.

Recuerde llevar con usted la tarjeta de identificación y presentarla siempre que obtenga servicios. Su proveedor necesitará la información que se incluye en su tarjeta para averiguar cuál es su cobertura.

Nota: Las referencias a “usted”, “mi”, o “yo” se aplican si usted es miembro de CHIP. Las referencias “mi hijo(a), se aplican si su hijo o su hijo recién nacido perinatal es un miembro de CHIP.

¿Qué es un proveedor de atención primaria (PCP)?

La tarea de su PCP y el de su hijo es cuidarlos a usted y a su hijo. Los exámenes regulares llevados a cabo por su PCP y el de su hijo son importantes, y pueden ayudarlos a usted y a su hijo a mantenerse saludables. Su PCP y el de su hijo realizarán pruebas de detección médicas regulares que pueden encontrar problemas. Hallar y tratar los problemas de forma temprana puede evitar que más adelante se agraven. De ahora en más, su PCP y el de su hijo serán el médico personal suyo y de su hijo. Su PCP y el de su hijo cuidarán de usted y su hijo, y le brindarán una remisión a usted y a su hijo para obtener los servicios de un especialista cuando sea necesario. Debe hablar con el PCP de su hijo sobre todas sus necesidades de atención médica y las de su hijo.

Si quiere visitar a otro médico, siempre hable primero con su PCP o el de su hijo. Su PCP o el de su hijo le darán un formulario de remisión si necesita uno.

Su relación con su PCP y el de su hijo es importante. Conozca a su PCP y al de su hijo lo antes posible. Es importante que siga los consejos del proveedor.

Una buena forma de entablar una relación con su PCP y el de su hijo es llamar y programar una visita de bienestar de su hijo o un examen regular. De esta forma, puede conocer a su PCP y al de su hijo. El PCP conocerá su historia clínica, los medicamentos que usted o su hijo están tomando, y cualquier otro problema de salud.

En casos especiales, un especialista puede ser su PCP o el de su hijo. Usted, el PCP, el especialista y UnitedHealthcare Community Plan tomarán esta decisión. Para obtener información, llame a Servicios para Miembros.

Recuerde que su PCP, o el de su hijo, es la primera persona a quien debe llamar si tiene preguntas o problemas de salud.

¿Cómo elijo un PCP?

Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda para elegir un PCP. Cada miembro de UnitedHealthcare Community Plan debe elegir un PCP. También puede solicitar un Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

Si usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan cuando nace su bebé, el bebé será inscrito en UnitedHealthcare Community Plan a partir de la fecha de su nacimiento. El plan de UnitedHealthcare Community obtiene la información del hospital para poder inscribir a su bebé como un nuevo miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Sin embargo, es **IMPORTANTE** que **USTED** se ponga en contacto con el programa de Texas CHIP para reportar también el nacimiento de su bebé, para que pueda su bebé pueda recibir todos los cuidados de salud que él o ella necesita.

Tan pronto como UnitedHealthcare Community Plan sepa que usted se encuentra embarazada, le enviaremos información acerca de su embarazo y de su bebé que aun no ha nacido. UnitedHealthcare Community Plan le dirá que debe escoger un doctor para su bebé. Esto asegurará que el doctor del bebé lo revise mientras se encuentra aún en el hospital y después, continuará ofreciendo los cuidados de salud para el bebé cuando usted y su bebé sean dados de alta del hospital.

Después de que su bebé nace, se le informa a UnitedHealthcare Community Plan del nacimiento y se inscribe la información acerca de su bebé en nuestro sistema.

Si usted no ha seleccionado a un doctor para el bebé antes de su nacimiento, se le llamará para que seleccione un doctor para su bebé. Después de que el bebé tenga 30 días de nacido, usted puede cambiar de doctor para el bebé si quiere uno diferente al que escogió originalmente.

¿Qué necesito llevar a la cita con mi médico o el de mi hijo?

Debe llevar su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan, o la de su hijo, cuando reciba servicios de atención médica. Deberá mostrar la tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan de su hijo cada vez que usted o su hijo necesite recibir los servicios. Si usted o su hijo tiene un médico nuevo, lleve los registros importantes que pueda tener, como sus registros de vacunación o los de su hijo.

¿Puede una clínica ser mi PCP y el de mi hijo?

Su PCP, o el de su hijo, puede ser un médico, una clínica, un Centro Médico Rural (Rural Health Center, RHC) o un Centro de Atención Médica con Certificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC). Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

¿Cómo puedo cambiar mi PCP o el de mi hijo?

Lo ideal es mantenerse con el mismo PCP. Su PCP lo conoce, tiene sus registros médicos y sabe qué medicamentos toma y lo mismo ocurre con el PCP de su hijo. El PCP de su hijo es la persona más indicada para garantizar que su hijo reciba una buena atención médica. Llame a Servicios para Miembros para informarles que desea cambiar su PCP o el de su hijo.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi PCP o el de mi hijo?

No hay un límite en la cantidad de veces que puede cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de atención primaria llamando a la línea gratuita al **1-888-887-9003** o escribiéndonos a:

UnitedHealthcare Community Plan
14141 Southwest Freeway, Suite 800
Sugar Land, TX 77478

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi PCP o el de mi hijo?

El cambio de PCP entrará en vigencia el día posterior a la realización del cambio.

Algunos motivos por los que podría cambiar su PCP o el de su hijo son:

- Se ha mudado y necesita un PCP que esté más cerca de su hogar.
- No está conforme con su PCP o el de su hijo.

¿Hay algún motivo por el cual se pueda denegar mi solicitud de cambiar el proveedor de atención primaria?

- Solicitó un PCP que no forma parte del plan de salud de UnitedHealthcare Community Plan.
- Solicitó un PCP que no acepta pacientes nuevos porque ya atiende a demasiados pacientes.

¿Puede un PCP mandarme a mí o a mi hijo a otro PCP por incumplimiento?

Sí, si su PCP o el de su hijo siente que no está siguiendo sus consejos médicos o si usted o su hijo faltan a muchas citas, el médico puede pedirle que vea a otro médico. Su PCP o el de su hijo le enviarán una carta informándole que debe buscar otro médico. Si esto sucede, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**. Lo ayudaremos a encontrar un médico.

¿Tiene preguntas acerca de cómo consultar a un proveedor?

Llame a Servicios para Miembros sin cobrar al **1-888-887-9003**.

¿Qué sucede si elijo otro médico que no es mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?

Si acude a otro médico que no sea el PCP de su hijo sin la remisión de su PCP o el de su hijo, o sin obtener autorización de UnitedHealthcare Community Plan, es posible que reciba una factura y que tenga que pagar los servicios.

Su PCP y el de su hijo son las personas más indicadas para garantizar que usted y su hijo reciban una buena atención médica.

¿Cómo obtengo cuidados de salud cuando la oficina del PCP de mí hijo está cerrada?

Lo mejor es llamar a su PCP o al PCP del niño tan pronto con usted o su hijo se enferma. No espera a sea de noche o que llegue el fin de semana para llamar a su PCP o al PCP del niño si puede obtener ayuda durante el día. Usted o su hijo se pueden poner peor a través del día. Si usted o el hijo se enferman durante la noche o en el fin de semana, llame a su PCP o al PCP del hijo al número de teléfono anotado al frente de la tarjeta de identificación de su hijo.

Si usted no puede encontrar a su doctor o al doctor de su hijo, o quiere hablar con alguien mientras el doctor le llama de regreso, llame a la Línea de Enfermeras al 1-800-850-1267. Nuestras enfermeras están listas para ayudarle las 24 horas, los 7 días de la semana. Si usted piensa que tiene una emergencia real, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué pasa si mi doctor abandona la red de UnitedHealthcare Community Plan?

Si su doctor médico o el de su hijo sale de la red de UnitedHealthcare Community Plan, y ese doctor está tratándole a usted o a su hijo por una enfermedad, UnitedHealthcare Community Plan trabajará con el doctor para permitir que el doctor siga el cuidado de usted o de su hijo hasta que pueda ser trasladado a un nuevo doctor de la red. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para ayuda en escoger un nuevo doctor cerca de usted.

Plan de incentivos para médicos

UnitedHealthcare Community Plan otorga incentivos a los doctores que proporcionan tratamientos que reducen o limitan los servicios para personas con cobertura con CHIP. A esto se le conoce como Plan de Incentivos para Doctores. Usted tiene el derecho de conocer si su proveedor de atención primaria (su doctor principal) es parte de este Plan de Incentivos para Doctores. Usted también tiene derecho de conocer como este plan funciona. Usted puede llamar al **1-888-887-9003** para conocer más acerca de esto.

¿Cómo elijo un proveedor perinatal? ¿Necesitaré una remisión para obtener este servicio?

Si necesita ayuda para elegir un proveedor perinatal, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**. No necesita una remisión para este servicio.

¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de comunicarme con un proveedor perinatal para hacer una cita?

Debería ver a su proveedor perinatal dentro de las dos semanas después de haberse comunicado con este. Si tiene algún problema para obtener una cita dentro de las dos semanas después de haberse comunicado con su proveedor perinatal, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Puedo quedarme con un proveedor perinatal del CHIP si no pertenece a mi plan de salud?

Debe tratar de elegir un proveedor perinatal del CHIP que se encuentre en la red de proveedores perinatales del CHIP de su plan de salud. Si le quedan 12 semanas o menos para la fecha de parto estimada, puede conservar su proveedor perinatal actual hasta los chequeos después del parto, incluso si el proveedor perinatal no pertenece a la red o se va de esta. Comuníquese con Servicios para Miembros.

¿Qué sucede si elijo otro médico que no es mi proveedor perinatal del CHIP?

Salvo en caso de emergencia, llame siempre a su proveedor perinatal del CHIP antes de ir a otro médico u hospital. Puede comunicarse con su proveedor perinatal del CHIP o médico suplente las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si visita a otro médico que no sea su proveedor perinatal del CHIP, es posible que usted deba hacerse cargo de los gastos. Si su atención de emergencia no está relacionada con el parto de su hijo, deberá solicitar Medicaid de Emergencia o pagar los servicios usted misma.

¿Qué es lo que necesito traer conmigo a la cita con el proveedor perinatal?

Cuando usted acuda a la cita, siempre lleve consigo su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, una lista de los problemas que tiene y una lista de los medicamentos de receta o medicinas herbolarias que esté tomando.

¿Puede una clínica ser un proveedor perinatal?

Su Proveedor Perinatal puede ser un doctor, una clínica, un Centro Rural de Salud (RHC) o un Centro Federal de Salud Calificado (FQHC). Si usted tiene preguntas, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-888-887- 9003**.

¿Cómo puedo obtener atención después de las horas hábiles?

Por favor llame al doctor que la atiende para su embarazo. Si usted no puede encontrar a su doctor, o quiere hablar con alguien mientras espera que su doctor le regrese la llamada, llame a la Línea de Enfermeras al 1-800-850-1267. Nuestras enfermeras están listas para ayudarlo las 24 horas, los 7 días de la semana. Si usted piensa que tiene una emergencia real, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Cambio de planes de salud para los miembros del CHIP

¿Qué sucede si deseo cambiar los planes de salud?

Puede hacer cambios de plan de salud:

- Por cualquier motivo dentro de los 90 días desde que se inscribió en el CHIP.
- Por causa justificada en cualquier momento.
- Si se muda a un área de servicio diferente.
- Durante el período de reinscripción anual del CHIP.

¿A quién llamo?

Para obtener más información, llame a la línea gratuita del CHIP al 1-800-647-6558.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan de salud?

Si llama para cambiar su plan de salud el día 15 del mes corriente o antes de esa fecha, el cambio entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Si llama después del día 15 del mes corriente, el cambio entrará en vigencia el primer día del segundo mes posterior al cambio. Por ejemplo:

- Si llama el 15 de abril o antes de esa fecha, el cambio entrará en vigencia el 1º de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigencia el 1º de junio.

¿Puede UnitedHealthcare Community Plan solicitar que me retiren de su plan?

Sí. UnitedHealthcare Community Plan puede solicitar que un miembro sea retirado del plan por “causa justificada”. “Causa justificada” podría ser, entre otras cosas:

- Fraude o abuso por un miembro;
- Amenazas o actos físicos en contra del personal o los proveedores de UnitedHealthcare Community Plan;
- Hurto;
- Incumplimiento de los procedimientos y las políticas de UnitedHealthcare Community Plan, como:
 - Permitir que otra persona use su tarjeta de identificación.
 - Faltar a visitas de manera continua.
 - Ser grosero o tener un mal comportamiento con algún proveedor o miembro del personal.
 - Seguir usando un médico que no sea proveedor de UnitedHealthcare Community.

UnitedHealthcare Community Plan no le pedirá que se retire del programa sin tratar de hablar con usted. Si tiene preguntas sobre este proceso, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. La Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas decidirá si se puede pedir a un miembro que se retire del programa.

Cambio de planes de salud para los miembros con cobertura perinatal del CHIP

- **Atención:** Si cumple con ciertos requisitos en sus ingresos, se pasará a su bebé a Medicaid y recibirá una cobertura de Medicaid continua durante 12 meses a partir de su nacimiento.
- Su bebé seguirá recibiendo servicios a través del programa CHIP si cumple con los requisitos de cobertura perinatal del CHIP. Su bebé recibirá una cobertura perinatal continua del CHIP durante 12 meses a través de su plan de salud, a partir del mes de inscripción como un bebé por nacer.

¿Qué sucede si deseo cambiar los planes de salud?

- Una vez que elija un plan de salud para su bebé por nacer, este debe seguir en este plan de salud hasta que finalice la cobertura perinatal del CHIP del niño. La cobertura perinatal del CHIP durante 12 meses comienza cuando se inscribe a su bebé por nacer en la cobertura perinatal del CHIP, y continúa después de su nacimiento.
- Si vive en un área que tiene más de un plan de salud del CHIP, y usted no elige un plan dentro de los 15 días desde que recibió el paquete de inscripción, la HHSC elegirá un plan de salud para su bebé por nacer y le enviará información sobre ese plan. Si la HHSC elige un plan de salud para su bebé por nacer, tendrá 90 días para elegir otro si no está conforme con el plan que eligió la HHSC.

- Si sus hijos tienen cobertura del CHIP, es posible que sus planes de salud cambien una vez que usted reciba la aprobación para obtener cobertura perinatal del CHIP. Cuando un miembro de la familia recibe aprobación para obtener cobertura perinatal del CHIP y elige un plan de salud perinatal, todos los niños de la familia inscritos en el CHIP deben formar parte del plan de salud que presta los servicios perinatales del CHIP. Los niños deben permanecer con el mismo plan de salud hasta que finalice el período de inscripción del miembro con cobertura perinatal del CHIP, o hasta finalizar el período de inscripción de los otros niños, lo que ocurra último. En ese momento, puede elegir un plan de salud diferente para los niños.
- Puede pedir el cambio de los planes de salud:
 - Por cualquier motivo dentro de los 90 días desde que se inscribió en la cobertura del CHIP Perinatal; y
 - Si se mudan a un área de servicio diferente; y
 - Por causa justificada en cualquier momento.

¿A quién llamo?

Para obtener más información, llame a la línea gratuita del CHIP al 1-800-647-6558.

Inscripción simultanea de los miembros de la familia en CHIP Perinatal y en Cobertura por Medicaid para Ciertos Recién Nacidos

Si usted tiene hijos que estén cubiertos por CHIP, sus planes de salud pueden cambiar cuando ellos hayan sido aprobados para tener cobertura con CHIP Perinatal. Cuando un miembro de la familia está aprobado para tener cobertura de CHIP Perinatal y adquiere un plan de salud perinatal, todos los niños dentro de la familia que estén inscritos en CHIP deben inscribirse en el plan de salud que se encuentre otorgando los servicios perinatales de CHIP. Esos niños deben permanecer dentro del mismo plan de salud hasta que llegue el término del periodo de inscripción de CHIP perinatal del miembro o cuando llegue el término del periodo de inscripción de cualquiera de los otros niños, cualquiera que sea lo que ocurra primero. Después, usted podrá escoger un plan de salud diferente para sus hijos.

Los copagos, costos compartidos y los honorarios de inscripción aun se aplicarán en la inscripción al programa CHIP para los niños.

Si los ingresos de su familia son por debajo del 185% del Nivel Federal de Pobreza, permiten que un bebé que aun no haya nacido que se encuentre inscrito en CHIP Perinatal sea trasladado a Medicaid, en donde podrá obtener 12 meses de cobertura continua por parte de Medicaid desde el día en que nazca.

Su bebé podrá continuar recibiendo cobertura a través del programa CHIP como un Recién Nacido dentro de CHIP Perinatal si el ingreso de su familia es por encima del 185% del Nivel Federal de Pobreza hasta un 200% del Nivel Federal de Pobreza. Su bebé tendrá 12 meses de cobertura continua en CHIP Perinatal a través de su plan de salud, empezando desde el mes en que se inscribió como un bebé que aún no había nacido.

¿Cómo hago citas?

Llame a su PCP o al de su hijo cuando necesiten atención médica. Su PCP o el de su hijo harán los arreglos necesarios para satisfacer sus necesidades de atención o las de su hijo. El nombre y número de teléfono de su PCP y el de su hijo se encuentran en su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan, y en la de su hijo.

Al programar citas, mientras más enfermo se encuentre su hijo, más pronto necesitará visitar a un médico.

¿Qué debo llevar a mi cita médica?

Cuando vaya a una cita, lleve siempre su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan, una lista de los problemas que tiene, y una lista de todos los medicamentos o medicinas a base de hierbas que está tomando.

¿Cómo se obtiene atención médica cuando el consultorio de mi PCP o el PCP de mi hijo está cerrado?

Lo ideal es llamar a su PCP o al de su hijo apenas necesite atención médica. No espere hasta la noche o el fin de semana para llamar a su PCP o al de su hijo si puede obtener ayuda durante el día. Su enfermedad o la de su hijo podrían empeorar durante el transcurso del día. Si usted o su hijo se enferman durante la noche o el fin de semana y no pueden esperar para obtener ayuda, llame a su PCP o al de su hijo al número de teléfono que se incluye en el frente de la tarjeta de identificación de su hijo.

Si no se puede comunicar con su médico o el de su hijo, o desea hablar con alguien mientras espera que el médico le devuelva la llamada, llame a NurseLine, la línea de ayuda de enfermería de UnitedHealthcare Community Plan, al 1-800-850-1267. Nuestro personal de enfermería está disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si cree que tiene una verdadera emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Beneficios y servicios

Beneficios para los miembros de CHIP y los miembros recién nacidos con cobertura perinatal

Nota: Se aplican las referencias a “usted”, “mi” o “yo” si es miembro del CHIP. Se aplican las referencias a “mi hijo” si su hijo es miembro del CHIP o miembro recién nacido con cobertura perinatal del CHIP.

¿Cuáles son los beneficios de CHIP?

Beneficios cubiertos	Miembros del CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
<p>Servicios hospitalarios para pacientes agudos generales y para rehabilitación</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de proveedores o médicos provistos por el hospital. • Habitaciones semiprivadas y alimentación (o privadas si es médicamente necesario según lo certifique el médico tratante). • Atención general de enfermería. • Cuidado de enfermería especial, en los casos en los que fuera médicamente necesario. • Unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, ICU) y servicios. • Comidas para los pacientes y dietas especiales. • Salas de operaciones, de recuperación y para otros tratamientos. • Anestesia y administración (componente técnico del establecimiento). • Apósitos quirúrgicos, bandejas, yesos, férulas. • Fármacos, medicamentos y productos biológicos. • Sangre o productos sanguíneos que no sean provistos sin cargo para el paciente y su administración. • Radiografías, diagnóstico por imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico de las instalaciones). • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico de las instalaciones). • Pruebas de diagnóstico con máquinas (electroencefalogramas, electrocardiogramas, etc.). • Servicios de oxígeno y terapia de inhalación. • Radiación y quimioterapia. • Acceso a los hospitales o centros perinatales de Nivel III designados por el DSHS que cumplen con los niveles de atención equivalentes. <p><i>(continúa en la página siguiente)</i></p>

Beneficios cubiertos	Miembros del CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
<p>Servicios hospitalarios para pacientes agudos generales y para rehabilitación (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos y de las instalaciones, dentro o fuera de la red, para una madre y su recién nacido por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. • Servicios médicos, hospitalarios y servicios médicos relacionados, como la anestesia, asociados con la atención dental. • Servicios para pacientes hospitalizadas asociados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios para pacientes hospitalizadas asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Procedimientos de dilatación y legrado; – Medicamentos adecuados administrados por el proveedor; – Ecografías; y – Exámenes histológicos de muestras de tejido. • Implantes quirúrgicos. • Otros dispositivos artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos. • Los servicios para pacientes hospitalizadas para mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: <ul style="list-style-type: none"> – Todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; – Prótesis de mama externa para la(s) mama(s) en la(s) que se haya realizado algún procedimiento de mastectomía médicamente necesario; – Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; y – Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Los dispositivos de implantación están cubiertos según los servicios para pacientes hospitalizadas y ambulatorias y no se contabilizan para el límite de período de 12 meses de DME. • Servicios prequirúrgicos o servicios de ortodoncia posteriores a la cirugía para tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren de la intervención quirúrgica y se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto o determinado claramente para tratar: <ul style="list-style-type: none"> – El labio leporino y/o paladar hendido; o – Desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas y/o congénitas graves; o – Asimetría facial grave secundaria a los defectos esqueléticos, las afecciones de síndrome congénito y/o el crecimiento de tumores o su tratamiento.

Beneficios cubiertos	Miembros del CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
<p>Centros de enfermería especializada (incluye hospitales de rehabilitación)</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitaciones semiprivadas y alimentación. • Servicios de enfermería regular. • Servicios de rehabilitación. • Suministros médicos y uso de aparatos y equipos suministrados por las instalaciones.
<p>Hospital con atención para pacientes ambulatorios, hospital con servicios integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios provistos en una clínica de atención hospitalaria o sala de emergencia, una clínica o centro de salud, un departamento de servicios de emergencia integrados en un hospital o un centro de atención médica ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías, diagnóstico por imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico). • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico). • Pruebas de diagnóstico por equipos. • Servicios de centro quirúrgico ambulatorio. • Fármacos, medicamentos y productos biológicos. • Yesos, férulas, apósitos. • Servicios de salud preventivos. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Diálisis renal. • Servicios respiratorios. <ul style="list-style-type: none"> – Radiación y quimioterapia. • Sangre o productos sanguíneos que no sean provistos sin cargo para el paciente y la administración de estos productos. • Servicios para pacientes ambulatorias asociados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios para pacientes ambulatorias asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Procedimientos de dilatación y legrado; – Medicamentos adecuados administrados por el proveedor; – Ecografías; y – Exámenes histológicos de muestras de tejido. <p><i>(continúa en la página siguiente)</i></p>

Beneficios cubiertos	Miembros del CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
<p>Hospital con atención para pacientes ambulatorios, hospital con servicios integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria <i>(continuación)</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Servicios del centro de salud y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental, cuando se brindan en un centro quirúrgico ambulatorio autorizado.• Implantes quirúrgicos.• Otros dispositivos artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos.• Los servicios para pacientes ambulatorias provistos en un hospital para pacientes ambulatorias y centro de atención médica ambulatoria para una mastectomía y reconstrucción mamaria, según sean clínicamente adecuados, incluyen:<ul style="list-style-type: none">– Todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada;– Prótesis de mama externa para la(s) mama(s) en la(s) que se haya realizado algún procedimiento de mastectomía médicamente necesario;– Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; y– Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas.• Los dispositivos de implantación están cubiertos según los servicios para pacientes hospitalizadas y ambulatorias y no se contabilizan para el límite de período de 12 meses de DME.• Servicios prequirúrgicos o servicios de ortodoncia posteriores a la cirugía para tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren de la intervención quirúrgica y se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto o determinado claramente para tratar:<ul style="list-style-type: none">– El labio leporino y/o paladar hendido; o– Desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas y/o congénitas graves.– Asimetría facial grave secundaria a los defectos esqueléticos, las afecciones de síndrome congénito y/o el crecimiento de tumores o su tratamiento.

Beneficios cubiertos	Miembros del CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
<p>Servicios médicos/ Servicios médicos profesionales de auxiliares</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes para el bienestar de los niños y servicios de salud preventivos recomendados por la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics) (incluyendo, entre otros, evaluaciones de visión y audición e inmunizaciones). • Servicios de visitas al consultorio del médico, para pacientes hospitalizados y ambulatorios. • Servicios de laboratorio, radiografías, pruebas por imágenes y servicios patológicos, incluido el componente técnico o la interpretación de un profesional. • Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico. • Pruebas de alergia, suero e inyecciones. • Componente profesional (pacientes ambulatorios y hospitalizados) de servicios quirúrgicos, incluidos: <ul style="list-style-type: none"> – Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos incluida la atención de seguimiento adecuada. – Administración de anestesia por parte del médico (que no sea el cirujano) o enfermero anestesista registrado (CRNA). – Opiniones quirúrgicas de otros médicos. – Cirugía en el mismo día realizada en un hospital, sin estadía nocturna. – Procedimientos de diagnóstico invasivos, como los exámenes endoscópicos. • Servicios médicos integrados en un hospital (incluidos los componentes técnicos y de interpretación realizados por un médico). • Los servicios médicos y profesionales para mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: <ul style="list-style-type: none"> – Todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; – Prótesis de mama externa para la(s) mama(s) en la(s) que se haya realizado algún procedimiento de mastectomía médicamente necesario; – Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; y – Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Servicios médicos, dentro y fuera de la red, para una madre y su recién nacido por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. <p><i>(continúa en la página siguiente)</i></p>

Beneficios y servicios

Beneficios cubiertos	Miembros del CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
Servicios médicos/ Servicios médicos profesionales de auxiliares <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos asociados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios médicos asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes:<ul style="list-style-type: none">– Procedimientos de dilatación y legrado;– Medicamentos adecuados administrados por el proveedor;– Ecografías; y– Exámenes histológicos de muestras de tejido.• Los servicios médicos que son médicamente necesarios para ayudar a un dentista que proporciona servicios dentales a un miembro del CHIP como anestesia general o sedación por vía intravenosa (IV).• Servicios prequirúrgicos o servicios de ortodoncia posteriores a la cirugía para tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren de la intervención quirúrgica y se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto o determinado claramente para tratar:<ul style="list-style-type: none">– El labio leporino y/o paladar hendido;– Desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas y/o congénitas graves; o– Asimetría facial grave secundaria a los defectos esqueléticos, las afecciones de síndrome congénito y/o el crecimiento de tumores o su tratamiento.
Servicios y suministros para familias para cuidado prenatal y para antes del embarazo	<p>La atención prenatal ilimitada cubierta y la atención médicamente necesaria relacionadas con afecciones, enfermedades, o anomalías asociadas con el sistema reproductivo, y las limitaciones y exclusiones a estos servicios se describen en los servicios médicos, para pacientes ambulatorios y hospitalizados.</p> <p>Los beneficios de salud preventiva y primaria no incluyen los servicios y suministros reproductivos para la familia antes del embarazo, ni los medicamentos recetados que se recetan solo a los fines de la atención de salud reproductiva preventiva y primaria.</p>

Beneficios cubiertos	Miembros del CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
----------------------	--

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), dispositivos protésicos y suministros médicos desechables

Límite de \$20,000 por 12 meses para DME, prótesis, dispositivos y suministros médicos desechables (este tope no se aplica a los suministros y equipos para personas diabéticas). Los servicios incluyen DME (equipo que puede soportar el uso reiterado y es principal y habitualmente utilizado para un fin médico; por lo general, no es útil para una persona que no tiene una enfermedad, lesión o discapacidad, y es adecuado para su uso en el hogar), incluidos los dispositivos y suministros que son médicamente necesarios y necesarios para una o más actividades de la vida diaria, y adecuados para brindar asistencia en el tratamiento de una afección médica, incluidos, entre otros:

- Abrazaderas ortopédicas y dispositivos ortóticos.
- Dispositivos odontológicos.
- Dispositivos protésicos, como ojos artificiales, prótesis de extremidades, abrazaderas y prótesis mamarias externas.
- Anteojos protésicos y lentes de contacto para el control de enfermedades oftalmológicas graves.
- Audífonos.
- Suministros médicos desechables específicos para diagnóstico, incluidos los suplementos dietarios y de fórmula especiales recetados específicos para diagnóstico. (Ver el Anexo A)

Beneficios y servicios

Beneficios cubiertos	Miembros del CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
Servicios de salud domiciliaria y comunitaria	<p>Servicios que se brindan en el hogar y la comunidad, incluidos, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infusión domiciliaria.• Terapia respiratoria.• Visitas para servicios de enfermería particular (R.N. [enfermera registrada], L.V.N. [enfermera vocacional con licencia]).• Visitas de enfermería especializada según lo definido para fines de atención de la salud domiciliaria (pueden incluir R.N. o L.V.N.).• Enfermeras auxiliares de atención domiciliaria como parte de un plan de atención durante un período en el que las visitas de enfermería especializada han sido aprobadas.• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.• Los servicios no pretenden reemplazar a la persona encargada de los cuidados del NIÑO ni brindar alivio para esta.• Las visitas de enfermería especializada se ofrecen de manera intermitente y no pretenden brindar servicios de enfermería especializada las 24 horas.• Los servicios no pretenden reemplazar los servicios de los centros de enfermería especializada ni los servicios para pacientes hospitalizados las 24 horas.
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	<p>Servicios de salud mental, incluidas las enfermedades de salud mental graves, brindados en un hospital psiquiátrico independiente, unidades psiquiátricas de hospitales de atención aguda general y centros administrados por el estado, incluidos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pruebas neuropsicológicas y psicológicas.• Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados son solicitados por orden judicial de la jurisdicción competente según las disposiciones de los capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, relacionadas con las obligaciones impuestas judicialmente a los centros psiquiátricos, la orden judicial sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe ser presentada ante el tribunal con jurisdicción en la cuestión para la determinación.• No requiere la remisión de un PCP.

Beneficios cubiertos	Miembros del CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>Servicios de salud mental, incluidas las enfermedades de salud mental graves, provistas de forma ambulatoria, incluidas entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las visitas pueden ofrecerse en diversos entornos comunitarios (incluidos la escuela y el hogar) o en un centro administrado por el estado. • Pruebas psicológicas y neuropsicológicas. • Administración de medicamentos. • Tratamientos de rehabilitación durante el día. • Servicios de tratamientos domiciliarios. • Servicios para pacientes ambulatorios subagudos (hospitalización parcial o tratamiento de rehabilitación durante el día). • Entrenamiento de las destrezas (desarrollo de habilidades psicoeducacionales). • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios son solicitados por orden judicial de la jurisdicción competente según las disposiciones de los capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, relacionadas con las obligaciones impuestas judicialmente a los centros psiquiátricos, la orden judicial sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe ser presentada ante el tribunal con jurisdicción en la cuestión para la determinación. • El Departamento de Servicios de Salud Estatales de Texas (Department of State Health Services, DSHS) define a un proveedor de salud mental con certificación, servicios comunitarios (Qualified Mental Health Provider – Community Services, QMHP-CS), en el Título 25 T.A.C., Parte I, Capítulo 412, Subcapítulo G, División 1), §412.303(48). QMHP-CS son proveedores que trabajan a través de una autoridad de salud mental local contratada por el DSHS o una entidad independiente contratada por el DSHS. Los QMHP-CS son supervisados por un profesional de salud mental autorizado o médico y brindan servicios de acuerdo con las normas del DSHS. Estos servicios incluyen entrenamiento de las destrezas grupales e individuales (que pueden ser componentes de intervenciones como el tratamiento diurno y los servicios en el hogar), educación para el paciente y la familia y los servicios de crisis. • No requiere la remisión de un PCP.
<p>Servicios de tratamiento por abuso de sustancias de pacientes hospitalizados</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de tratamiento domiciliario y para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias, incluida la desintoxicación y la estabilización de crisis, y los programas de rehabilitación domiciliaria las 24 horas. • No requiere la remisión de un PCP.

Beneficios cubiertos	Miembros del CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de prevención e intervención suministrados por médicos y proveedores no médicos, como controles, evaluaciones y remisión por trastornos por dependencia de sustancias químicas.• Servicios ambulatorios intensivos.• Hospitalización parcial.• Los servicios intensivos para pacientes ambulatorios se definen como servicios organizados no domiciliarios que brindan terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y entrenamiento de las destrezas de vida que consisten en 10 horas, como mínimo, por semana durante 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas por día.• Los servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios se definen como al menos una a dos horas por semana de terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y entrenamiento de las destrezas de vida.• No requiere la remisión de un PCP.
Servicios de rehabilitación	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de rehabilitación y habilitación (proceso para brindar a un niño los medios para alcanzar los hitos del desarrollo adecuados para la edad a través de terapia o tratamiento) incluyen, entre otros, los siguientes:<ul style="list-style-type: none">– Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.– Evaluación del desarrollo.
Servicios de atención para enfermos terminales	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuidado paliativo, incluidos los servicios médicos y de apoyo, para los niños con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos a fin de mantener a los pacientes cómodos durante las últimas semanas y meses de vida.• Servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal.• Hasta un máximo de 120 días con una expectativa de vida de 6 meses.• Los pacientes que elijan los servicios de atención para enfermos terminales pueden cancelar esta elección en cualquier momento.• Los servicios se aplican al diagnóstico de enfermos terminales.

Beneficios cubiertos	Miembros del CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
<p>Servicios de emergencia, incluidos los hospitales de emergencias, los médicos y los servicios de ambulancia</p>	<p>La organización de atención administrada (managed care organization, MCO) no puede exigir la autorización como una condición para el pago por afecciones de emergencia o trabajo de parto y nacimiento.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de emergencia, según la definición de afección médica de emergencia que puede dar una persona común prudente. • Sala de emergencia hospitalaria y servicios auxiliares, y servicios médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, provistos por proveedores dentro y fuera de la red. • Exámenes médicos de detección. • Servicios de estabilización. • Acceso a los centros de trauma de Nivel I y Nivel II como designado por el DSHS u hospitales que cumplen con niveles equivalentes de atención para los servicios de emergencia. • Transporte aéreo, terrestre y acuático de emergencia. • Servicios dentales de emergencia, limitados a mandíbula fracturada o dislocada, daño traumático de los dientes, extirpación de quistes, y tratamiento relacionado con flemones bucales en los dientes o las encías.
<p>Trasplantes</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El uso de las pautas actualizadas de la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), todos los trasplantes de órganos y tejido humanos no experimentales, y todas las formas de trasplantes de córnea, médula ósea y células madre periféricas no experimentales, incluidos los gastos médicos del donante.
<p>Beneficio de atención para la visión</p>	<p>El plan de salud puede limitar de manera razonable el costo de los marcos/lentes.</p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de los ojos para determinar la necesidad de usar lentes correctivos por período de 12 meses y recetarlos, sin autorización. • Un (1) par de anteojos no protésicos por período de 12 meses.
<p>Servicios quiroprácticos</p>	<p>Servicios no requieren receta médica y se limitan a la subluxación vertebral.</p>

Beneficios y servicios

Beneficios cubiertos	Miembros del CHIP y miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP
Programa para dejar de fumar	Se cubre hasta \$100 por límite de período de 12 meses para un programa aprobado por el plan. <ul style="list-style-type: none">• El Plan de salud define el programa aprobado por el plan.• Puede estar sujeto a los requisitos del formulario.
Servicios de administración de casos y coordinación de la atención	Estos servicios incluyen información para difusión, administración de casos, coordinación de la atención y remisión a la comunidad.
Beneficios de fármacos	Los servicios incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none">• Productos biológicos y medicamentos para pacientes ambulatorios, incluidos los productos biológicos y medicamentos para pacientes ambulatorios administrados por el proveedor o entregados en la farmacia.• Productos biológicos y medicamentos proporcionados durante la hospitalización.
Servicios de valor agregado	<i>Consulte la sección de beneficios adicionales.</i>

¿Cómo obtengo estos servicios?/¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para recibir esos servicios.

¿Hay cualquier límite para los servicios cubiertos?

Los servicios cubiertos por CHIP deben llenar la definición de CHIP para ser Servicios Médicos para Cubrir Necesidades Médicas Necesarias. No hay una edad máxima para estos beneficios; sin embargo, un período de 12 meses de limitaciones de por vida se aplica en ciertos servicios, tal y como se explica en la siguiente tabla. Los copagos se aplican hasta que la familia alcanza el máximo de costos compartidos especificado.

¿Cuánto pago por los servicios de salud?

La tabla abajo muestra los copagos de CHIP de acuerdo a los ingresos de su familia. Los copagos son pagados por usted al proveedor de los cuidados de salud (en el momento del servicio) cuando los servicios se brindan o cuando se obtienen medicamentos de receta. No hay copagos para cuidados preventivos, tales como cuidados para el bienestar del niño, visitas del bebé para mantener el bienestar o por vacunaciones. Miembros de CHIP Perinate y Recién Nacidos, Nativos Americanos, o Nativos de Alaska no pagan ningún costo de inscripción o copagos.

La tarjeta de identificación del plan de salud de su hijo mostrará los copagos que se aplican a su familia. Muestre la tarjeta de identificación de su hijo en todas las visitas a la oficina de un doctor o al personal de las salas de emergencia si tiene usted una emergencia o cuando a usted se le surte un medicamento de receta.

Se puede requerir de algunas familias que paguen un costo por inscripción. Estos costos pueden ser de \$0 hasta por \$50. Esta cantidad se paga solamente cuando usted inscribe a su(s) hijo(s) cada año.

La Guía para Miembros que usted obtuvo cuando se inscribió en CHIP tiene una sección que se puede desprender, en la cual usted podrá mantener el record de los costos de CHIPS para su(s) hijo(s). Para asegurarse que usted no sobrepasa los límites de gastos personales, por favor mantenga el record de los gastos relacionados a CHIP anotándolos en esta forma.

La carta de bienvenida en el paquete de inscripción le indicará cual es la exacta cantidad que usted puede gastar antes de que usted mande a CHIP la forma de regreso. Si usted no puede encontrar la carta de bienvenida, por favor llame a CHIP al 1-800-647-6558 y ellos le indicarán cual es su límite.

Cuando usted llegue a la cantidad de gastos personales anuales, por favor envíe la forma a CHIP y ellos nos notificarán. Nosotros le enviaremos a una nueva tarjeta de identificación como miembro. Esta nueva tarjeta mostrará que no hay copagos a pagar cuando su(s) hijo(s) reciba servicios médicos. Miembros de CHIP y CHIP Perinatal pueden tener que pagar por servicios que no sean cubiertos.

¿Qué son los copagos?

¿Cuánto es el pago y cuándo debo pagar?

Copagos por servicios médicos o por medicamentos de receta son pagados al proveedor de los servicios de salud en el momento de recibir el servicio. Usted no tiene que pagar copagos por servicios preventivos, tales como los que son para el bienestar del niño o visitas para el bienestar del bebé o para vacunaciones. En las tarjetas del UnitedHealthcare Community Plan de usted o de su hijo se anotan las listas de los copagos que se aplican a su familia. Presente su tarjeta cuando usted o su hijo tengan visitas a oficinas de doctores o salas de emergencias o cuando se le surtan medicamentos de receta.

La tabla abajo anotada muestra el horario de los copagos de CHIP. Se anotan de acuerdo a los ingresos de la familia. No hay copagos para miembros del programa CHIP Perinate.

Nivel Federal de Pobreza	Visitas a oficinas	Servicios de cuidados preventivos para la salud	Costo por visita a salas de emergencia	Costos de cuidados de hospitalización por admisión de paciente	Prescripciones nombre genérico	Prescripciones nombre comercial
Nativos Americanos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Al 100% o menos	\$0	\$0	\$3	\$15	\$0	\$3
101% - 150%	\$5	\$0	\$5	\$35	\$0	\$5
151% - 185%	\$20	\$0	\$75	\$75	\$10	\$35
186% - 200%	\$25	\$0	\$75	\$125	\$10	\$35

¿Qué pasa si recibo una factura de parte del doctor de mi hijo? ¿Cuál es la información que necesitarán? ¿A quién llamo?

Si usted recibe una factura de un doctor, hospital u otro proveedor de cuidados de salud, pregunte cuál es la razón por la cual se le cobra. El doctor de su hijo, el proveedor de cuidados de salud o el hospital no pueden cobrar por servicios que están cubiertos y aprobados por CHIP. Usted no tiene que pagar por facturas que UnitedHealthcare Community Plan debe pagar.

Si usted recibe una factura, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

Esté seguro de tener la factura ante usted cuando llame. Usted necesitará informar a Servicios para Miembros quien le envió la factura, la fecha del servicio la cantidad y el nombre del proveedor con su dirección y número de teléfono.

¿Cuáles son los beneficios que mi bebé recibe cuando nace?

Un bebé que aun no ha nacido y que está inscrito en CHIP Perinatal se moverá a Medicaid por 12 meses de servicios continuos bajo la cobertura de Medicaid, empezando en la fecha en que nazca, si es que el bebé vive dentro de una familia cuyos ingresos se encuentren al nivel o por abajo del 185% del nivel de Pobreza Federal (FPL).

Un bebé que aun no nace continuará recibiendo cobertura a través de CHIP Perinatal después de nacer en el caso en que viva dentro de una familia con ingresos del 185% al 200% FPL.

¿Cuáles servicios no están cubiertos?

- Para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios tratamientos de infertilidad o servicios reproductivos distintos de la atención prenatal, el parto y la atención relacionada con enfermedades, trastornos o anomalías relacionadas con el sistema reproductivo.
- Artículos para la comodidad personal incluidos, entre otros, los kits de Atención personal provista en la admisión de pacientes hospitalizados, teléfono, televisión, fotografías de recién nacidos, comidas para los huéspedes del paciente y otros artículos que no se requieren para el tratamiento específico de la enfermedad o lesión.
- Procedimientos o servicios médicos o quirúrgicos experimentales y/o de investigación, u otros procedimientos o servicios de atención médica, que generalmente no se emplean ni reconocen dentro de la comunidad médica.

Beneficios y servicios

- Tratamiento o evaluaciones requeridos por parte de terceros incluidos, entre otros, aquellos para las escuelas, el empleo, la autorización de vuelo, los campamentos, el seguro u orden judicial.
- Servicios de enfermería particular cuando se brinden a pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada.
- Dispositivos mecánicos de reemplazo de órganos, incluidos entre otros, el corazón artificial.
- Servicios y suministros hospitalarios cuando el confinamiento es solo para fines de pruebas de diagnóstico, a menos que sean autorizados previamente por el plan de salud.
- Pruebas de detección de cáncer de próstata y mamografía.
- Cirugía electiva para corregir la vista.
- Procedimientos gástricos para la pérdida de peso.
- Cirugía o servicios cosméticos solo para fines estéticos.
- Dispositivos dentales exclusivamente con fines estéticos.
- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan de salud excepto para atención de emergencia y servicios médicos para una madre y su recién nacido por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
- Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos provistos para el control del peso o el tratamiento de la obesidad, excepto los servicios asociados con el tratamiento para la obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por el plan de salud.
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia.
- Vacunas solo para viajes al extranjero.
- Cuidado de los pies de rutina, como la atención higiénica.
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, planos o con esguinces y corte eliminación de callos o uñas (esto no se aplica a la eliminación de las raíces de las uñas o el tratamiento quirúrgico de afecciones que se encuentran debajo de callos o uñas encarnadas).
- Reemplazo o reparación de dispositivos protésicos y equipo médico duradero debido al uso indebido, abuso o pérdida cuando es confirmado por el miembro o el proveedor.
- Zapatos ortopédicos correctivos.
- Artículos de uso diario.
- Dispositivo ortopédico utilizado principalmente para fines atléticos o recreativos.
- Atención tutelar (cuidados que brindan asistencia a un niño con las actividades de la vida diaria, como asistencia para caminar, subir y bajar de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparación de comidas especiales y supervisión de medicamentos que por lo general se autoadministra o es provista por un cuidador. Estos cuidados no requieren la atención continua del personal médico o paramédico capacitado. Esta exclusión no se aplica a los servicios de hospicio.).
- Tareas domésticas.

- Servicios y cuidado de las instalaciones públicas para las afecciones que las leyes estatales, federales o locales requieren que se brinden en un centro público, o los cuidados provistos mientras se está bajo la custodia de las autoridades legales.
- Servicios o suministros recibidos de un enfermero, que no requieren de la habilidad y capacitación de un enfermero.
- Capacitación para la vista y terapia de la vista.
- El reembolso para la fisioterapia basada en la escuela, la terapia ocupacional o los servicios de terapia del habla no están cubiertos salvo en los casos en que sean indicados por un médico o PCP.
- Gastos no médicos del donante.
- Cargos incurridos como donante de un órgano cuando el receptor no está cubierto por este plan de salud.

¿Cuáles son mis beneficios para medicamentos de receta?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su doctor o el doctor de su hijo dicen que ustedes necesitan. Su doctor o el doctor de su hijo escribirá una receta para que usted la presente en la farmacia o también puede enviar la receta hasta la farmacia directamente.

Las excepciones incluyen: medicamentos anticonceptivos recetados solamente con el propósito de prevenir el embarazo y medicamentos para ganar o perder peso.

Es posible que usted tenga que pagar copagos por cada receta que se surta, dependiendo de sus ingresos.

Miembros del CHIP y recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP – suministros cubiertos y excluidos

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
Vendas Ace		X	Excepción: Si son provistas y facturadas por la clínica o agencia de atención en el hogar se cubren como suministro incidental.
Alcohol para fricciones		X	Suministro de venta libre.
Alcohol, hisopos (personas diabéticas)	X		Suministro de venta libre no cubierto, a menos que se proporcione la receta en el momento de la entrega.
Alcohol, hisopos	X		Solo se cubren cuando se reciben con la terapia intravenosa o los kits/suministros de vía central.
Epinefrina Ana Kit	X		Un kit de autoinyección utilizado por pacientes muy alérgicos a los agujones de abejas.
Cabestrillo para brazo	X		Entregado como parte de la visita al consultorio.
Attends (pañales)	X		Cobertura limitada a los niños mayores de 4 años solo cuando son recetados por un médico y utilizados para brindar atención para un diagnóstico cubierto según lo indicado en un plan de tratamiento.
Vendas		X	
Termómetro basal		X	Suministro de venta libre.
Baterías – inicial	X		Para artículos de DME cubiertos.

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
Baterías – reemplazo	X		Para DME cubierto cuando el reemplazo es necesario debido al uso normal.
Betadine		X	Consulte Suministros para terapia intravenosa.
Libros		X	
Clinitest	X		Para el control de la diabetes.
Bolsas para colostomía			Consulte Suministros para ostomía.
Dispositivos de comunicación		X	
Gel anticonceptivo		X	Suministro de venta libre. Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Molde craneal		X	
Dispositivos dentales	X		Cobertura limitada a los dispositivos dentales utilizados para el tratamiento de las anomalías craneofaciales, que requieren de una intervención quirúrgica.
Suministros para diabéticos	X		Solución para calibración de monitor, jeringas de insulina, agujas, lancetas, dispositivo de lanceta y tiras de glucosa.
Pañales/Pañalines para la incontinencia/Chux	X		Cobertura limitada a los niños mayores de 4 años solo cuando son recetados por un médico y utilizados para brindar atención para un diagnóstico cubierto según lo indicado en un plan de tratamiento.
Diafragma		X	Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.

Beneficios y servicios

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
Diastix	X		Para el control de la diabetes.
Dieta, especial		X	
Agua destilada		X	
Suministros para apósitos/ Vía central	X		Jeringas, agujas, Tegaderm, hisopos con alcohol, hisopos de Betadine o ungüento, cinta. Muchas veces, estos artículos se despachan en un kit que incluye todos los artículos necesarios para un cambio de apósito.
Suministros para apósitos/ Decúbito	X		Reúnen los requisitos para la cobertura solo si se recibe atención en el hogar para el cuidado de las heridas.
Suministros para apósitos/ Terapia intravenosa periférica	X		Reúne los requisitos solo si se recibe terapia intravenosa en el hogar.
Suministros para apósitos/Otro		X	
Máscara para el polvo		X	
Tapones para los oídos	X		A medida, para después de la cirugía del oído medio o interno.
Electrodos	X		Reúnen los requisitos para la cobertura cuando se utilizan con un DME cubierto.

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
Suministros para enema		X	Suministro de venta libre.
Suministros para nutrición enteral	X		Los suministros necesarios (por ejemplo, bolsas, sondas, conectores, catéteres, etc.) reúnen los requisitos para la cobertura. Los productos para nutrición enteral no están cubiertos a excepción de aquellos recetados para trastornos metabólicos hereditarios, una disfunción o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado o hipoabsorción debido a una enfermedad.
Parches para los ojos	X		Cubiertos para pacientes con ambliopía.
Leche de fórmula		X	Excepción: Reúne los requisitos para la cobertura solo para los trastornos metabólicos hereditarios crónicos, una disfunción o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado; o la hipoabsorción debido a una enfermedad (que se espera que dure más de 60 días cuando es recetada por el médico y autorizada por el plan). La documentación del médico para justificar la receta de la leche de fórmula debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> Identificación de un trastorno metabólico, disfagia que deriva en una necesidad médica de una dieta líquida, presencia de una gastrostomía o enfermedad que deriva en la hipoabsorción, que requiere de un producto nutricional médicamente necesario. <i>(continúa en la página siguiente)</i>

Beneficios y servicios

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
Leche de fórmula <i>(continuación)</i>		X	<p>No incluye leche de fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los miembros que podrían ser alimentados con una dieta adecuada para la edad. • Utilizada tradicionalmente para la alimentación de los lactantes. • En forma de budín (excepto para los clientes con disfunción motora orofaríngea documentada que reciben una cantidad mayor al 50 por ciento de su ingesta calórica diaria de este producto). • Para el diagnóstico primario de un desarrollo deficiente, el bajo peso o la falta de crecimiento, o para los lactantes menores de 12 meses a menos que la necesidad médica se documente y se cumpla con otros criterios mencionados anteriormente. <p>Los espesantes de alimentos, comidas para bebés o productos comestibles regulares que pueden licuarse y utilizarse con un sistema enteral y que no son médicamente necesarios, no están cubiertos independientemente de que estos productos alimenticios regulares se ingieran por vía oral o parenteral.</p>
Guantes		X	Excepción: Apósitos de vía central o cuidado de las heridas provisto por una agencia de atención en el hogar.
Peróxido de hidrógeno		X	Suministro de venta libre.
Artículos para la higiene		X	

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
Toallas para la incontinencia	X		Cobertura limitada a los niños mayores de 4 años solo cuando son recetados por un médico y utilizados para brindar atención para un diagnóstico cubierto según lo indicado en un plan de tratamiento.
Suministros de bomba de insulina (externa)	X		Los suministros (por ejemplo, conjuntos de infusión, depósitos de jeringas y apósitos, etc.) reúnen los requisitos para obtener cobertura si la bomba es un artículo cubierto.
Conjuntos de irrigación, cuidado de las heridas	X		Reúnen los requisitos para la cobertura si se usan durante la atención en el hogar para el cuidado de las heridas.
Conjuntos de irrigación, urinarios	X		Reúnen los requisitos para la cobertura en personas con catéter urinario permanente.
Suministros para terapia intravenosa	X		Sondas, filtro, casetes, soporte para infusión intravenosa, hisopos con alcohol, agujas, jeringas y cualquier otro suministro relacionado necesario para la terapia intravenosa en el hogar.
K-Y Jelly		X	Suministro de venta libre.
Dispositivo de lanceta	X		Limitado a un dispositivo solamente.
Lancetas	X		Reúne los requisitos para las personas con diabetes.
Eyector médico	X		
Agujas y jeringas/ Personas diabéticas			Consulte Suministros para diabéticos.
Agujas y jeringas/ intravenosas y vía central			Consulte Suministros para terapia intravenosa y apósitos/vía central.

Beneficios y servicios

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
Agujas y jeringas/ Otro	X		Reúne los requisitos para la cobertura si un medicamento subcutáneo o intramuscular cubierto se administra en el hogar.
Solución salina normal			Consulte Solución salina, normal.
Novopen	X		
Suministros para ostomía	X		<p>Los artículos que reúnen los requisitos para la cobertura incluyen: cinturón, bolsas, pastilla, placa frontal, inserto, barrera, filtro, junta, enchufe, kit de irrigación/manga, cinta, preparación para la piel, adhesivos, conjuntos de drenaje, removedor de adhesivos y desodorante de bolsas.</p> <p>Los artículos que no reúnen los requisitos para la cobertura incluyen: tijeras, desodorante de ambiente, limpiadores, guantes de goma, gasa, cubiertas para bolsas, jabones y lociones.</p>
Nutrición parenteral/ Suministros	X		Los suministros necesarios (por ejemplo, sondas, filtros, conectores, etc.) reúnen los requisitos para la cobertura cuando el plan de salud autoriza la nutrición parenteral.
Solución salina, normal	X		<p>Reúne los requisitos para la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) cuando se utiliza para diluir medicamentos para los tratamientos de nebulización; b) como parte de la atención en el hogar cubierta para el cuidado de heridas; c) para la irrigación de un catéter urinario permanente.
Funda de muñón	X		
Protectores de muñón	X		

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
Catéteres para succión	X		
Jeringas			Consulte Agujas/Jeringas.
Cinta			Consulte Suministros para apósitos, suministros para ostomía, suministros para terapia intravenosa.
Suministros para traqueostomía	X		Las cánulas, sondas, abrazaderas, soportes, kits de limpieza, etc. reúnen los requisitos para la cobertura.
Mantillas absorbentes			Consulte Pañales/Pañalines para la incontinencia/Chux.
Vendas (Unna Boot)	X		Reúnen los requisitos para la cobertura cuando forman parte del cuidado de las heridas en el hogar. Se aplica un cargo incidental cuando se administran durante la visita al consultorio.
Suministros y catéter urinario, externo		X	Excepción: Están cubiertos cuando son utilizados por una persona de sexo masculino que sufre de incontinencia en los casos en que la lesión uretral impide el uso de un catéter permanente indicado por el PCP y aprobado por el plan.
Suministros y catéter urinario permanente	X		Se cubre el catéter, la bolsa de drenaje con sonda, la bandeja de inserción, el conjunto de irrigación y la solución salina normal, si es necesario.
Urinario, intermitente	X		Se cubren los suministros necesarios para el cateterismo intermitente o directo.
Kit de prueba urinaria	X		Cuando se determina que es médicamente necesario.
Suministros para urostomía			Consulte Suministros para ostomía.

¿Qué beneficios adicionales obtiene un miembro de UnitedHealthcare Community Plan?

Servicios de valor agregado.

Los servicios de valor agregado son servicios adicionales que ofrece UnitedHealthcare Community Plan CHIP. Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, además de los servicios estándar del programa CHIP, usted o su hijo también pueden recibir:

- Acceso a NurseLine las 24 horas.
- Asistencia con transporte que no sea de emergencia (según lo apruebe el administrador de atención de su plan de salud).
- Anteojos para su hijo de una selección más amplia de marcos.
- Lentes de contacto (hasta un valor de \$105.00) para su hijo en lugar de anteojos.
- Reemplazo de par de anteojos si los de su hijo se rompen o pierden.
- Un chequeo físico para la escuela o para practicar deportes por año que deberá ser realizado por el PCP de su hijo.
- Asistencia para personas asmáticas.
- Inscripción en Weight Watchers para los miembros que reúnan los requisitos.
- Programa de Recreación Juvenil (Youth Recreation Program).
- Libro sobre el cuidado de niños para las embarazadas que sean miembro del CHIP.
- Celebraciones por nacimiento (Baby showers).
- Programas de regalos por haber completado chequeos de salud anuales.
- Servicios de nutrición y obesidad.
- Programa Recompensas en Pañales (Diaper Rewards Program).
- Salud domiciliaria después del parto.

¿Cómo obtengo estos beneficios? ¿Cómo obtengo estos beneficios para mi hijo?

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para recibir esos servicios.

¿Cuáles clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?

UnitedHealthcare Community Plan puede referirlo a usted a clases de Educación sobre la Salud, tales como cursos para los padres y clases para ayudarle a dejar de fumar. Para obtener más información acerca de las clases de Educación sobre la Salud y otros encuentros, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

¿Cuáles son los beneficios de CHIP para mi bebé que aun no ha nacido?

EXCEPTO EN CASOS DE EMERGENCIA, LLAME PRIMERO A SU PROVEEDOR PERINATAL DEL CHIP ANTES DE BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA. Si su atención de emergencia no está relacionada con el parto de su hijo, deberá solicitar Medicaid de Emergencia o pagar los servicios usted misma.

Los servicios cubiertos por CHIP Perinatal deben de llenar la definición como Servicios Cubiertos Medicamento Necesarios. No hay un máximo de por vida en los beneficios; sin embargo, hay un periodo de 12 meses de inscripción o limitaciones de por vida que se aplican a ciertos servicios. No se aplican copagos a los miembros de CHIP Perinatal. Los recién nacidos en CHIP son elegibles para un período de 12 meses continuos de cobertura, que se inicia con el mes de inscripción a CHIP Perinate Newborn.

Usted puede obtener estos beneficios llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

¿Cómo obtengo esos servicios?

Su proveedor de Perinatal trabajará con usted para asegurarse que su bebé que aun no nace, obtenga los servicios que necesita. Estos servicios **TIENEN QUE** ser otorgados por su proveedor de Perinatal o debe ser referido por su proveedor de Perinatal a otro proveedor.

Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

Beneficios cubiertos	Miembros con cobertura perinatal del CHIP (bebé por nacer)
<p>Servicios hospitalarios para pacientes agudos generales y para rehabilitación</p>	<p>Para los miembros con cobertura perinatal del CHIP que pertenezcan a familias cuyos ingresos sean iguales o menores al 185 % del Nivel de Pobreza Federal, los cargos de las instalaciones no son un beneficio cubierto. Sin embargo, los cargos de los servicios profesionales asociados con el trabajo de parto y nacimiento son un beneficio cubierto.</p> <p>Para los miembros con cobertura perinatal del CHIP que pertenezcan a familias cuyos ingresos sean mayores que el 185% a 200% del Nivel de Pobreza Federal, los beneficios se limitan a los cargos de los servicios profesionales y de las instalaciones asociados con el trabajo de parto y hasta el nacimiento, y a los servicios relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable.</p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salas de operaciones, de recuperación y para otros tratamientos. • Anestesia y administración (componente técnico de la instalación). <p><i>(continúa en la página siguiente)</i></p>

Beneficios y servicios

Beneficios cubiertos	Miembros con cobertura perinatal del CHIP (bebé por nacer)
Servicios hospitalarios para pacientes agudos generales y para rehabilitación <i>(continuación)</i>	<p>Los servicios quirúrgicos médicamente necesarios se limitan a servicios que se relacionan directamente con el parto de un bebé por nacer, un aborto espontáneo o un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero).</p> <p>Los servicios para pacientes hospitalizadas asociados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero) son un beneficio cubierto. Los servicios para pacientes hospitalizadas asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Procedimientos de dilatación y legrado;• Medicamentos adecuados administrados por el proveedor;• Ecografías; y• Exámenes histológicos de muestras de tejido.
Centros de enfermería especializada (incluye hospitales de rehabilitación)	No es un beneficio cubierto.
Hospital con atención para pacientes ambulatorios, hospital con servicios integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria	<p>Los servicios incluyen los siguientes servicios provistos en una clínica de atención hospitalaria o sala de emergencia, una clínica o centro de salud, un departamento de servicios de emergencia integrados en un hospital o un centro de atención médica ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías, diagnóstico por imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico).• Servicios de laboratorio y patología (componente técnico).• Pruebas de diagnóstico por equipos.• Fármacos, medicamentos y productos biológicos que son médicamente necesarios, medicamentos recetados y medicamentos inyectables. <p><i>(continúa en la página siguiente)</i></p>

Beneficios cubiertos	Miembros con cobertura perinatal del CHIP (bebé por nacer)
----------------------	--

Hospital con atención para pacientes ambulatorios, hospital con servicios integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria
(continuación)

- Servicios para pacientes ambulatorias asociados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios para pacientes ambulatorias asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes:
 - procedimientos de dilatación y legrado;
 - medicamentos adecuados administrados por el proveedor;
 - ecografías; y
 - exámenes histológicos de muestras de tejido.
 - (1) Los servicios de laboratorio y los servicios radiológicos se limitan a servicios que se relacionan directamente con el cuidado anterior al parto y/o el parto del miembro del CHIP cubierto que recibe cuidados perinatales hasta el nacimiento.
 - (2) La ecografía del útero de la embarazada es un beneficio cubierto cuando está indicada por un médico. Se puede solicitar una ecografía por sospechas de defectos genéticos, embarazos de alto riesgo, retrasos en el crecimiento del feto, confirmación de la edad gestacional o aborto espontáneo o embarazo no viable.
 - (3) Amniocentesis, cordocentesis, transfusión intrauterina fetal (Fetal Intrauterine Transfusion, FIUT) y guía ecográfica para cordocentesis, FIUT son beneficios cubiertos con un diagnóstico adecuado.
- (continúa en la página siguiente)*

Beneficios cubiertos	Miembros con cobertura perinatal del CHIP (bebé por nacer)
<p>Hospital con atención para pacientes ambulatorios, hospital con servicios integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria (continuación)</p>	<p>(4) Las pruebas de laboratorio están limitadas a: pruebas sin esfuerzo, contracciones, pruebas de esfuerzo, hemoglobina o hematocritos una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo, o recuento completo de sangre (complete blood count, CBC), análisis de orina para ver el nivel de proteínas y glucosa en cada visita; determinación del tipo de sangre y pruebas de detección para anticuerpos RH, repetición de la detección de anticuerpos para las mujeres RH negativas a las 28 semanas y la subsiguiente administración de inmunoglobulina RHO, si se lo indica; título de anticuerpos contra la rubeola, serología para la sífilis, antígeno de superficie de la hepatitis B, citología cervical, prueba de embarazo, prueba para gonorrea, cultivos de orina, prueba para células falciformes, prueba para tuberculosis (TB), detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), prueba para clamidia, otras pruebas de laboratorio no especificadas pero que se consideran médicamente necesarias, y múltiples pruebas de detección de marcadores de defectos del tubo neural (si la paciente comienza a recibir atención entre las semanas 16 y 20); prueba de detección de la diabetes gestacional a las semanas 24-28 de embarazo, otras pruebas de laboratorio indicadas por la afección médica de la paciente.</p> <p>(5) Servicios para pacientes hospitalizadas asociados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero) son un beneficio cubierto.</p>
<p>Servicios médicos/ Servicios médicos profesionales de auxiliares</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios médicos que son médicamente necesarios están limitados a la atención prenatal y posterior al parto, y al parto del bebé por nacer cubierto hasta el nacimiento. • Servicios de visitas al consultorio del médico, para pacientes hospitalizados y ambulatorios. • Servicios de laboratorio, radiografías, diagnóstico por imágenes y patología, incluidos el componente técnico y/o la interpretación profesional. • Medicamentos, productos biológicos y materiales médicamente necesarios administrados en el consultorio del médico. <p>(continúa en la página siguiente)</p>

Beneficios cubiertos	Miembros con cobertura perinatal del CHIP (bebé por nacer)
<p>Servicios médicos/ Servicios médicos profesionales de auxiliares (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Componente profesional (pacientes ambulatorios y hospitalizados) de servicios quirúrgicos, incluidos: <ul style="list-style-type: none"> – Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos directamente relacionados con el trabajo de parto y el parto del bebé por nacer cubierto hasta el nacimiento. – Administración de anestesia por parte del médico (que no sea el cirujano) o enfermero anestesista registrado (CRNA). – Procedimientos de diagnóstico invasivos directamente relacionados con el trabajo de parto y el parto del bebé por nacer. – Servicios quirúrgicos asociados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). • Servicios médicos integrados en un hospital (incluidos los componentes técnicos y de interpretación realizados por un médico). • Componente profesional de la ecografía de útero de la embarazada cuando está indicada por un médico porque se sospecha que hay defectos genéticos, porque es un embarazo de alto riesgo, porque hay retraso del crecimiento fetal o para confirmar la edad gestacional. • Componente profesional de amniocentesis, cordocentesis, transfusión intrauterina fetal (Fetal Intrauterine Transfusion, FIUT) y guía ecográfica para amniocentesis, cordocentesis, y FIUT. Componente profesional asociado con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). • Servicios para pacientes ambulatorias asociados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios profesionales asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – procedimientos de dilatación y legrado; – medicamentos adecuados administrados por el proveedor; – ecografías; y – exámenes histológicos de muestras de tejido.

Beneficios cubiertos	Miembros con cobertura perinatal del CHIP (bebé por nacer)
Servicios y suministros para familias para cuidado prenatal y para antes del embarazo	<p>Los servicios se limitan a una visita inicial y las visitas de atención prenatal (antes del parto) subsiguientes que incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Una (1) visita cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo.2. Una (1) visita cada dos (2) o tres (3) semanas desde la semana 28 hasta la semana 36 de embarazo.3. Una (1) visita por semana desde la semana 36 hasta el parto. <p>Se permiten visitas más frecuentes según sean médicamente necesarias.</p> <p>Los beneficios están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un límite de 20 visitas prenatales y dos (2) visitas posteriores al parto (como máximo en 60 días) si no se registraron complicaciones en el embarazo. Es posible que sea necesario hacer visitas más frecuentes en los embarazos de alto riesgo. Las visitas prenatales para los embarazos de alto riesgo no están limitadas a 20 visitas por embarazo. Se debe guardar la documentación que respalde la necesidad médica en los archivos del médico y está sujeta a revisión retrospectiva. <p>Las visitas posteriores a la visita inicial incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Historia provisional (problemas, estado civil, estado del feto).• Examen físico (peso, presión arterial, altura del fondo del útero, tamaño y posición del feto, frecuencia cardíaca del feto, extremidades).• Pruebas de laboratorio (análisis de orina para ver el nivel de proteínas y glucosa en cada visita; hemoglobina o hematocrito una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo; múltiples pruebas de detección de marcadores de anomalías en el feto a las semanas 16-20 de embarazo; repetición de la detección de anticuerpos para las mujeres RH negativas a las 28 semanas y la subsiguiente administración de inmunoglobulina RHO, si se lo indica; prueba de detección de la diabetes gestacional a las semanas 24-28 de embarazo, y otras pruebas de laboratorio indicadas por la afección médica de la paciente).

Beneficios cubiertos	Miembros con cobertura perinatal del CHIP (bebé por nacer)
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), dispositivos protésicos y suministros médicos desechables	No es un beneficio cubierto.
Servicios de salud domiciliaria y comunitaria	No es un beneficio cubierto.
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	No es un beneficio cubierto.
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	No es un beneficio cubierto.
Servicios de tratamiento por abuso de sustancias de pacientes hospitalizados	No es un beneficio cubierto.

Beneficios y servicios

Beneficios cubiertos	Miembros con cobertura perinatal del CHIP (bebé por nacer)
Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	No es un beneficio cubierto.
Servicios de rehabilitación	No es un beneficio cubierto.
Servicios de atención para enfermos terminales	No es un beneficio cubierto.
Servicios de emergencia, incluidos los hospitales de emergencias, los médicos y los servicios de ambulancia	<p>La MCO no puede exigir la autorización como una condición para el pago por afecciones de emergencia relacionadas con el trabajo de parto y parto.</p> <p>Los servicios cubiertos se limitan a servicios de emergencia que estén directamente relacionados con el parto del bebé por nacer hasta el nacimiento.</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de emergencia, según la definición de afección médica de emergencia que puede dar una persona común prudente.• Exámenes de detección médica para determinar la emergencia cuando se relaciona directamente con el parto del bebé por nacer cubierto.• Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y parto del bebé por nacer cubierto.• El transporte de emergencia terrestre, aéreo y acuático para el trabajo de parto y el posible inicio del trabajo de parto es un beneficio cubierto.• El transporte de emergencia terrestre, aéreo y acuático para una emergencia relacionada con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero) es un beneficio cubierto. <p>Límites del beneficio: Los servicios posteriores al parto o las complicaciones que conlleven a la necesidad de prestar servicios de emergencia para la madre del miembro con cobertura perinatal del CHIP no son un beneficio cubierto.</p>
Trasplantes	No es un beneficio cubierto.

Beneficios cubiertos	Miembros con cobertura perinatal del CHIP (bebé por nacer)
Beneficio de atención para la visión	No es un beneficio cubierto.
Servicios quiroprácticos	No es un beneficio cubierto.
Programa para dejar de fumar	No es un beneficio cubierto.
Servicios de administración de casos y coordinación de la atención	Beneficio cubierto.
Beneficios de fármacos	No es un beneficio cubierto salvo que se indique lo contrario en esta tabla.
Servicios de valor agregado	<i>Consulte la sección de beneficios adicionales.</i>

¿Qué pasa si necesito servicios que no están cubiertos por el programa CHIP Perinate?

Si usted necesita servicios que no se encuentren cubiertos por CHIP Perinatal, UnitedHealthcare Community Plan le ayudará a encontrar clínicas y/o doctores que puedan ayudarle a obtener esos servicios con descuento o través de organización dentro de la comunidad que puedan ayudarle. Llame a nuestro personal de Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

¿Cuáles son los beneficios de los medicamentos para mi bebé que aun no nace?

CHIP Perinatal cubre la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que se necesitan para el bebé que aún no nace. Su doctor escribirá una receta para que usted la lleve a la farmacia o enviara la receta por usted directamente.

No se requieren copagos para los miembros de CHIP Perinate.

¿Cómo encuentro una farmacia que sea parte de la red?

Para obtener asistencia, por favor póngase en contacto con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

¿Qué pasa si voy a una farmacia que no sea parte de la red?

Esto puede afectar la oportunidad para que usted pueda obtener los medicamentos que necesita. Para obtener asistencia, por favor póngase en contacto con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

¿Qué debo llevar conmigo a la farmacia?

Usted necesitará su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos?

Please contact Member Services for assistance at **1-888-887-9003**.

¿A quién puedo llamar si tengo problemas obteniendo mis medicamentos?

Todas las prescripciones que usted obtiene de su doctor pueden surtirse en cualquier farmacia que acepte su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community. Si usted necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Recuerde — siempre lleve consigo su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan al doctor y a la farmacia.

¿Qué pasa si no puedo obtener aprobación del medicamento que mi doctor ordenó?

Si su doctor no puede localizarse para que apruebe el medicamento, usted puede obtener un suplemento de emergencia del medicamento que cubra tres días. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para obtener ayuda con el medicamento y los surtidos posteriores del mismo.

¿Qué pasa si extravió mis medicamentos?

Por favor contacte a Servicios para Miembros para obtener asistencia llamando al **1-888-887-9003**.

¿Qué pasa si necesito medicamentos sin receta?

La farmacia no puede surtirle medicamentos sin receta como parte de los beneficios de CHIP Perinate. Si usted necesita medicamentos sin receta, usted tendrá que pagar por esos medicamentos.

¿Cuáles son los servicios que NO están cubiertos por CHIP Perinatal?

- Tratamientos para pacientes hospitalizados y ambulatorios distintos de la atención prenatal, trabajo de parto y la atención posparto relacionada con el niño por nacer cubierto hasta el nacimiento. Servicios relacionados con trabajo de parto pretérmino, falso u otro trabajo que no resulte en el parto están excluidos los servicios.
- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados.
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.
- Equipo médico duradero u otros dispositivos correctivos relacionados con la medicina.
- Suministros médicos desechables.
- Servicios de salud basados en el hogar y la comunidad.
- Servicios de atención de enfermería.
- Servicios dentales.
- Servicios de tratamiento de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados y servicios de tratamiento de abuso de sustancias residenciales.
- Servicios de tratamiento de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.
- Terapia física, terapia ocupacional y servicios para personas con trastornos del habla, la audición y el lenguaje.
- El cuidado de hospicio.
- Centro de enfermería especializada y servicios de rehabilitación hospitalarios.
- Servicios de emergencia excepto los que son directamente relacionadas con el parto del niño nonato cubierto.
- Servicios de trasplante.
- Programas para dejar el tabaco.
- Servicios quiroprácticos.
- Transporte médico que no está directamente relacionado con el parto o el nacimiento del niño nonato cubierto.

Beneficios y servicios

- Artículos para la comodidad personal incluidos, entre otros, los kits de atención personal provistos en la admisión de pacientes hospitalizados, teléfono, televisión, fotografías de recién nacidos, comidas para los huéspedes del paciente y otros artículos que no se requieren para el parto y nacimiento o atención posparto.
- Procedimientos o servicios médicos o quirúrgicos experimentales y/o de investigación, u otros procedimientos o servicios de atención médica, que generalmente no se emplean ni reconocen dentro de la comunidad médica.
- Tratamiento o evaluaciones requeridos por parte de terceros incluidos, entre otros, aquellos para las escuelas, el empleo, la autorización de vuelo, los campamentos, el seguro u orden judicial.
- Servicios de enfermería particular cuando se brinden a pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada.
- Dispositivos mecánicos de reemplazo de órganos, incluidos entre otros, el corazón artificial.
- Servicios y suministros hospitalarios cuando el confinamiento es solo para fines de pruebas de diagnóstico y no relacionados al parto.
- Pruebas de detección de cáncer de próstata y mamografía.
- Cirugía electiva para corregir la vista.
- Procedimientos gástricos para la pérdida de peso.
- Cirugía o servicios cosméticos solo para fines estéticos.
- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan de salud excepto para atención de emergencia relacionada al parto y nacimiento de un bebé que aun no nace.
- Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos provistos para el control del peso o el tratamiento de la obesidad.
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia.
- Vacunas solo para viajes al extranjero.
- Cuidado de los pies de rutina, como la atención higiénica.
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, planos o con esguinces y corte eliminación de callos o uñas (esto no se aplica a la eliminación de las raíces de las uñas o el tratamiento quirúrgico de afecciones que se encuentran debajo de callos o uñas encarnadas).
- Zapatos ortopédicos correctivos.
- Artículos de uso diario.
- Dispositivo ortopédico utilizado principalmente para fines atléticos o recreativos.

- Atención tutelar (cuidados que brindan asistencia con las actividades de la vida diaria, como asistencia para caminar, subir y bajar de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparación de comidas especiales y supervisión de medicamentos que por lo general se autoadministra o es provista por un cuidador. Estos cuidados no requieren la atención continua del personal médico o paramédico capacitado).
- Tareas domésticas.
- Servicios y cuidado de las instalaciones públicas para las afecciones que las leyes estatales, federales o locales requieren que se brinden en un centro público, o los cuidados provistos mientras se está bajo la custodia de las autoridades legales.
- Servicios o suministros recibidos de un enfermero, que no requieren de la habilidad y capacitación de un enfermero.
- Capacitación para la vista y terapia de la vista.
- El reembolso para la fisioterapia basada en la escuela, la terapia ocupacional o los servicios de terapia del habla no están cubiertos.
- Gastos no médicos del donante.
- Cargos incurridos como donante de un órgano.

¿Cuánto tengo que pagar por los cuidados de salud del bebé que aun no nace cubierto por CHIP Perinatal?

No se aplica el pago de copagos para cuidados preventivos tales como las visitas para el bienestar de los niños o de los bebés o para las vacunas. Los miembros de CHIP Perinate y Newborn, Nativos Americanos y Nativos de Alaska no pagan tarifas de inscripción ni copagos.

Los miembros de CHIP Perinate podrían pagar por servicios que no son cubiertos.

¿Debo pagar por servicios que no están cubiertos?

CHIP Perinatal solo paga por beneficios que son cubiertos dentro del programa. Si usted recibe servicios que no son cubiertos, usted puede tener que pagar por esos servicios. Cuando usted vaya al hospital, usted podrá tener que solicitar a Emergency Medicaid (Medicaid de emergencia) que pague por su estancia en el hospital. Si usted no solicita Emergency Medicaid y CHIP Perinatal no cubrirá su estancia en el hospital, usted posiblemente tendría que pagar por esa estancia en el hospital.

Clases de educación para la salud y otros recursos para los miembros de CHIP, miembros de CHIP recién nacidos perinatales y miembros de CHIP perinatales

Intervención para la niñez temprana (ECI)

¿Qué es ECI?

ECI, o intervención temprana para la niñez (Early Childhood Intervention), es un programa para los bebés y niños menores de 3 años que pudieran tener una incapacidad física o un retraso en su crecimiento. El programa ECI puede ofrecer servicios especiales a través de los proveedores del ECI cercanos a su domicilio o la guardería de su hijo.

¿Cómo obtengo servicios de ECI para mi hijo?

No necesita una remisión de su PCP para que su hijo participe en el programa ECI.

Un proveedor del programa ECI puede realizarle pruebas a su hijo para detectar problemas médicos que podrían producir un retraso en su crecimiento. Además, es posible que se le realicen pruebas a su hijo si su médico o la familia consideran que su hijo tiene una discapacidad o incapacidad.

¿Qué brinda el programa ECI?

- Actividades para ayudar a su hijo a jugar o para ayudarlo con las funciones diarias.
- Asesoramiento para su hijo y la familia.
- Educación sobre la incapacidad o el retraso en el desarrollo de su hijo.
- Servicios para ayudar a cubrir las necesidades nutricionales de su hijo.
- Transporte de ida y vuelta para ayudarlos a usted y a su hijo a obtener los servicios del programa ECI.

¿Los servicios del programa ECI son gratuitos?

Sí. Los servicios son gratuitos para las personas que reúnen los requisitos, hasta los 3 años de edad. Después de los 3 años, los proveedores del programa ECI lo ayudarán a obtener servicios de otros programas si su hijo aún los necesita.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan llamando al **1-888-887-9003**.

Mujeres, lactantes y niños (WIC)

¿Qué es WIC?

WIC (Women, Infants, and Children) es un programa para las mujeres embarazadas, las madres primerizas y los niños menores de 5 años. El programa WIC ayuda a enseñar a las mujeres embarazadas y las madres primerizas cómo alimentarse bien y mantenerse saludables.

¿Cómo solicito el programa WIC?

Llame a la línea gratuita al 1-800-942-3678 o a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Quiénes pueden recibir los servicios del programa WIC?

- Las mujeres embarazadas.
- Las mujeres que están amamantando un bebé menor de 1 año de edad.
- Las mujeres que tuvieron un bebé en los últimos 6 meses.
- Los niños menores de 5 años que cumplen con los requisitos de ingreso.
- Los padres (incluidos las mujeres y los hombres solteros), los padrastros, los tutores y los padres de acogida de lactantes y niños.

¿Los servicios son gratuitos?

Sí. Los servicios son gratuitos para las personas que reúnen los requisitos.

¿Cuáles son los requisitos?

- Debe reunir las pautas de ingresos establecidas por WIC.
- Debe tener hábitos de alimentación deficientes o anemia por deficiencia de hierro.
- Vivir en Texas.

¿Qué brinda el programa WIC?

- Educación sobre cómo comer alimentos adecuados para usted.
- Alimentos saludables como la leche de fórmula para los bebés, cereales para bebés, cereales para adultos, jugos de frutas y verduras, leche, huevos, queso, frijoles y mantequilla de maní. Las madres que están amamantando también pueden comer atún y zanahorias.
- Ayuda relacionada con el amamantamiento.
- Remisiones para obtener servicios adicionales, como cupones de alimentos, CHIP y Medicaid.
- Vacunas (en algunas clínicas).

¿Qué beneficios extras obtiene un miembro de UnitedHealthcare Community Plan?

Servicios de valor agregado.

Los servicios de valor agregado son servicios adicionales que ofrece UnitedHealthcare Community Plan CHIP. Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, además de los servicios estándar del programa CHIP, usted o su hijo también pueden recibir:

- Acceso a NurseLine las 24 horas.
- Asistencia con transporte que no sea de emergencia (según lo apruebe el administrador de atención de su plan de salud).
- Asistencia para personas asmáticas.
- Libro sobre el cuidado de niños para las embarazadas que sean miembro del CHIP.
- Celebraciones por nacimiento (Baby showers).
- Programa Recompensas en Pañales (Diaper Rewards Program).

¿Cómo obtengo estos beneficios para mi o para mi bebé que aun no ha nacido?

Para obtener estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**.

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece UnitedHealthcare Community Plan?

UnitedHealthcare Community Plan puede remitirlo a las clases de educación sobre la salud como las clases para padres y para ayudarlo a dejar de fumar. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener más información acerca de las clases y reuniones de educación sobre la salud.

Atención de salud y otros servicios para los miembros de CHIP y los miembros recién nacidos perinatales de CHIP

Nota: Se aplican las referencias a “usted”, “mi” o “yo” si es miembro del CHIP. Se aplican las referencias a “mi hijo” si su hijo es miembro del CHIP o miembro recién nacido con cobertura perinatal del CHIP.

¿Qué significa “medicamente necesario”?

Los servicios cubiertos para los miembros del CHIP y los miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP deben cumplir con la definición del CHIP de “medicamente necesario”. Un miembro de CHIP perinatal es un niño que todavía no nace.

Medicamento necesario significa:

1. Servicios de atención médica:

- a. Razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, o para proporcionar exámenes de detección temprana, intervenciones y/o tratamientos para afecciones que causen sufrimiento o dolor, deformidades físicas o limitaciones de las funciones, que amenacen con causar o empeorar una discapacidad, que causen enfermedades o la dolencia de un miembro o que pongan en peligro la vida;
- b. Proporcionados en instalaciones apropiadas y con el nivel de atención adecuado para el tratamiento de las afecciones médicas de un miembro;
- c. Consecuentes con las pautas y normas de la práctica de atención médica aprobadas por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente u organismos gubernamentales;
- d. Consecuentes con los diagnósticos del miembro;
- e. No más intrusivos ni restrictivos que lo necesario para proporcionar un adecuado equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
- f. No experimentales ni de investigación;
- g. No principalmente para la conveniencia del miembro o del proveedor; y

2. Servicios de salud conductual:

- a. Razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de dependencia química o de salud mental o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento que deriva de un trastorno de este tipo;
- b. Prestados en conformidad con las pautas clínicas y normas de práctica profesionalmente aceptadas en la atención de salud conductual;

- c. Deben prestarse en el ámbito más apropiado y menos restrictivo en que tales servicios puedan prestarse en forma segura;
- d. Deben proporcionarse al mayor nivel de suministro o servicio que pueda proporcionarse en forma segura;
- e. No pueden omitirse sin afectar en forma adversa la salud física del niño y/o la calidad de la atención que se brinda;
- f. No experimentales ni de investigación; y
- g. No principalmente para la conveniencia del miembro o del proveedor.

¿Qué es la atención médica de rutina y qué tan pronto puedo esperar que mi hijo o yo recibamos atención?

Si usted o su hijo necesitan un chequeo físico, entonces la visita es de RUTINA. Su médico deberá atenderlo dentro de cuatro semanas. UnitedHealthcare Community Plan lo ayudará con gusto a hacer una cita, solo llámenos al **1-888-887-9003**.

Recuerde: Es mejor ver a su médico ANTES de que se enferme para que pueda entablar una relación con él o ella. Es mucho más fácil llamar a su médico para consultarle sus problemas médicos si este sabe quién es usted.

Usted o su hijo deben ver a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan para recibir atención de urgencia y de rutina. Siempre puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan al 1-888-887-9003 si necesita ayuda para elegir un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué es la atención médica de urgencia y qué tan pronto puedo esperar que mi hijo o yo recibamos atención?

Si usted o su hijo necesitan atención médica para asuntos de menor importancia como cortes, quemaduras, infecciones, náuseas o vómitos, entonces su visita es URGENTE. Llame a su médico. Generalmente puede atenderlo en un día. Si tiene problemas para hacer una cita para una necesidad médica urgente, llame a Servicios para Miembros para solicitar ayuda al **1-888-887-9003**.

¿Qué es una emergencia, una afección médica de emergencia, y una afección conductual de emergencia?

La **atención de emergencia** es un servicio cubierto. Se proporciona atención de emergencia para las afecciones médicas de emergencia y las afecciones conductuales de emergencia.

Una **“afección médica de emergencia”** implica una afección médica de aparición reciente y de gravedad, incluidos entre otros, el dolor intenso que lleven a una persona prudente que no es profesional y que posee conocimientos promedio de salud y medicina a considerar que la afección, enfermedad o lesión es de tal naturaleza que la ausencia de atención inmediata podría provocar lo siguiente:

- Grave peligro para la salud del miembro;
- Causar un deterioro grave de las funciones corporales;
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
- Desfiguramiento grave; o
- En el caso de un embarazo de un miembro de CHIP, serios riesgos a la salud del miembro de CHIP o del bebé que aun no nace.

Una **“afección conductual de emergencia”** incluye cualquier afección, sin importar la naturaleza o causa de la afección, que según la opinión de una persona prudente que no es profesional y que posee conocimientos promedio de salud y medicina:

- Requiere intervención y/o atención médica de manera inmediata ya que, de lo contrario, el miembro constituiría un peligro inmediato para sí mismo y para otras personas; o
- No permite que el miembro controle, sepa o entienda las consecuencias de sus actos.

¿Qué son los servicios de emergencia y/o la atención de emergencia?

Los “servicios de emergencia” y/o la “atención de emergencia” incluyen los servicios de atención médica que brindan los médicos, proveedores o personal del centro, dentro o fuera de la red, en el departamento de emergencias de un hospital, en una instalación médica de emergencia independiente u otro centro comparable, dentro o fuera de la red, a fin de evaluar y estabilizar las afecciones médicas de emergencia y/o las afecciones conductuales de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen, entre otros, los exámenes médicos de detección y otras evaluaciones requeridas por la ley estatal o federal que sean necesarias para determinar si existe una afección médica de emergencia y/o una afección conductual de emergencia.

¿Qué tan pronto puedo esperar que mi hijo o yo seamos atendidos en una emergencia?

Los tiempos de espera de emergencia se basarán en sus necesidades médicas, y serán determinados por la instalación de emergencia que le brinda tratamiento.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

UnitedHealthcare Community Plan pagará algunos servicios dentales de emergencia provistos en un hospital, centro de cuidados urgentes o centro de cirugía para pacientes ambulatorios, como:

- Mandíbula dislocada.
- Daño traumático de los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.

Beneficios y servicios

- Tratamiento de flemones bucales en los dientes o las encías.
- Tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.
- Medicamentos para cualquiera de las afecciones nombradas anteriormente.

UnitedHealthcare Community Plan también cubre los servicios dentales que su hijo recibe en un hospital, centro de cuidados urgentes o centro de cirugía para pacientes ambulatorios. Esto incluye los servicios del médico y otros servicios que pueda necesitar su hijo, como la anestesia.

¿Qué hago si yo o mi hijo necesitamos atención dental de emergencia?

Durante el horario de atención normal, llame al dentista principal de su hijo para averiguar cómo recibir servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista principal cerró, llámenos a la línea gratuita al **1-888-887-9003**.

¿Qué es la post-estabilización?

Los servicios de atención posteriores a la estabilización son servicios cubiertos por CHIP que mantienen su afección estable después de recibir atención médica de emergencia.

¿Cómo obtengo cuidados de salud cuando la oficina del PCP de mí hijo está cerrada?

Lo mejor es llamar a su PCP o al PCP del niño tan pronto como usted o su hijo se enferma. No espere a sea de noche o que llegue el fin de semana para llamar a su PCP o al PCP del niño si puede obtener ayuda durante el día. Usted o su hijo se pueden poner peor a través del día. Si usted o el hijo se enferman durante la noche o en el fin de semana, llame a su PCP o al PCP del hijo al número de teléfono anotado al frente de la tarjeta de identificación de su hijo.

Si usted no puede encontrar a su doctor o al doctor de su hijo, o quiere hablar con alguien mientras el doctor le llama de regreso, llame a la Línea de Enfermeras al 1-800-850-1267. Nuestras enfermeras están listas para ayudarlo las 24 horas, los 7 días de la semana. Si usted piensa que tiene una emergencia real, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué pasa si yo me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o cuando me encuentro viajando/ ¿qué pasa si mi hijo se enferma cuando él o ella se encuentran fuera de la ciudad o cuando se encuentran viajando? ¿Qué pasa si me encuentro fuera del estado?

Si usted o su hijo necesitan de cuidados médicos mientras se encuentran viajando, llámenos sin costo alguno al **1-888-887-9003** y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si usted o su hijo necesitan servicios médicos de emergencia, acuda al hospital más cercano y después llámenos al **1-888-887-9003**.

¿Qué pasa si yo/ mi hijo se encuentra fuera del país?

Servicios médicos que se lleven a cabo fuera del país no están cubiertos por CHIP.

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos ver a un médico especialista?

Es posible que su PCP quiera que usted o su hijo vean a un médico especialista para atender ciertas necesidades de atención médica. Si bien su PCP o el de su hijo puede atender la mayoría de sus necesidades de atención médica, a veces le pedirá que usted o su hijo consulten con un especialista por su atención. Un especialista ha sido capacitado y tiene más experiencia en el cuidado de ciertas enfermedades, afecciones y lesiones. UnitedHealthcare Community Plan tiene muchos especialistas que trabajarán con usted y su PCP para atender sus necesidades y las de su hijo.

¿Qué es una remisión?

Su PCP y el de su hijo hablarán con usted sobre sus necesidades, o las de su hijo, y lo ayudarán a planificar para que vea a un especialista que pueda proporcionarle la mejor atención para usted o para su hijo. Esto se llama una remisión. Su médico y el de su hijo son los únicos que pueden darle una remisión para ver a un especialista. Si usted o su hijo tienen una visita o reciben servicios de un especialista sin la remisión de su médico o si el especialista no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, es posible que usted deba hacerse cargo de la factura. En algunos casos, un obstetra/ ginecólogo también puede darle una remisión para recibir servicios relacionados.

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

NO necesita una remisión para:

- Servicios de emergencia.
- Atención de obstetricia y ginecología.
- Servicios de salud conductual.
- Servicios de rutina de la vista.
- Servicios dentales de rutina.

Comuníquese con su PCP o el de su hijo o con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para determinar si necesita una remisión.

¿Qué tan pronto puedo esperar que mi hijo o yo seamos atendidos?

En algunas situaciones, el especialista puede verlo a usted o a su hijo de inmediato. Según la necesidad médica, puede demorar unas semanas después de que programa la cita para que el especialista lo atienda.

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Tiene derecho a obtener una segunda opinión de un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan si no está conforme con el plan de atención que le ofrece el especialista. Su médico de atención primaria debe poder darle una remisión para obtener una segunda opinión. Si su médico desea que vea a un especialista que no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, esa visita debe ser aprobada por UnitedHealthcare Community Plan. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para que lo ayuden a obtener una segunda opinión.

¿Cómo puedo obtener ayuda si mi hijo o yo tenemos algún problema de salud conductual, o problemas con las drogas o el alcohol? ¿Necesito una remisión para esto?

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de atención de salud conductual y abuso de sustancias médicamente necesarios. Si usted o su hijo tienen problemas con las drogas o si están muy molestos por algún motivo, pueden obtener ayuda. Llame al 1-800-495-5660 para recibir ayuda. No necesita una remisión para estos servicios.

Habrán personas disponibles que pueden hablarle en español e inglés. Si necesita ayuda con otros idiomas, infórmeles al respecto. El Servicio para Miembros lo conectará con la Línea de Idiomas de AT&T y responderá sus preguntas. Llame a la línea TDD/TTY al 711 para personas con problemas de audición.

Si se encuentra ante una situación de crisis y tiene problemas con la línea telefónica, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana y comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan dentro de las 24 horas.

¿A quién llamo si mi hijo o yo tenemos necesidades de atención médica especiales y necesito la ayuda de alguien?

Si usted o su hijo tienen necesidades de atención médica especiales, como una enfermedad grave en curso, una discapacidad, o afecciones complejas o crónicas, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para pedir ayuda con sus necesidades de atención médica especiales, o con las de su hijo.

¿Cuáles son los beneficios de los medicamentos de receta para mi/mis hijos?

¿Cómo obtengo mis medicamentos o los de mi hijo?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico o el de su hijo dicen que necesita. Su médico o el de su hijo escribirán una receta para que pueda llevarla a la farmacia, o tal vez pueda enviarla por usted.

Las exclusiones incluyen: medicamentos anticonceptivos recetados solo con el fin de prevenir un embarazo y medicamentos para ganar o perder peso.

Es posible que deba pagar un copago por cada receta que se surta, según su ingreso.

Todas las recetas de los medicamentos que usted obtenga de su doctor pueden surtirse en cualquier farmacia que acepta la tarjeta de identificación del UnitedHealthcare Community Plan. Si usted necesita de ayuda para encontrar una farmacia, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Recuerde — siempre lleve consigo su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan a sus visitas con el doctor y a la farmacia.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

¿Qué sucede si voy a una farmacia que no está en la red?

Esto puede afectar su capacidad para obtener los medicamentos que necesita. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Necesitará su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan y su(s) receta(s).

¿Qué sucede si necesito que me traigan mis medicamentos a mi hogar?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos un medicamento de venta libre para el CHIP?

La farmacia no puede darle un medicamento de venta libre como parte de su beneficio del CHIP o el de su hijo. Si usted o su hijo necesitan un medicamento de venta libre, deberá pagar por este.

¿A quién llamo si no puedo obtener el medicamento que recetó mi médico o el de mi hijo?

Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

¿Qué sucede si no puedo obtener el medicamento que mi médico recetó?

Si no es posible contactar a su médico para aprobar una receta, podría recibir un suministro de emergencia para tres días del medicamento.

Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para obtener ayuda con sus medicamentos y reposiciones.

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

¿Qué sucede si mi hija o yo necesitamos píldoras anticonceptivas?

La farmacia no puede darle a usted o a su hija píldoras anticonceptivas para prevenir un embarazo. Usted o su hija solo pueden obtener píldoras anticonceptivas si son necesarias para tratar una afección médica.

¿Cómo puedo obtener servicios de atención de la vista para mí o para mi hijo?

Si necesita servicios de atención de la vista para su hijo, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Pueden ayudarlo a encontrar un proveedor cercano a su domicilio.

¿Cómo puedo obtener servicios de atención dental para mi hijo?

El plan dental del CHIP de su hijo proporciona servicios dentales incluidos aquellos que ayudan a prevenir las caries y que solucionan los problemas dentales. Llame al plan dental del CHIP de su hijo para conocer más acerca de los servicios dentales que ofrecen.

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios dentales de emergencia que su hijo recibe en un hospital. Esto incluye los servicios del médico y otros servicios que pueda necesitar su hijo, como la anestesia.

¿Puede alguien brindarme servicios de interpretación cuando hablo con mi médico (o el de mi hijo)? ¿A quién debo llamar para conseguir un intérprete? ¿Con cuánto tiempo de anticipación debo llamar?

Tiene derecho a hablar con su médico o el de su hijo en el idioma que prefiera. UnitedHealthcare Community Plan puede organizar los servicios de interpretación para usted. Llame al **1-888-887-9003** si necesita un intérprete. Llame a la línea **TDD/TTY al 711** para personas con problemas de audición. Llame tan pronto como programe su cita o la cita de su hijo, o al menos 24 horas antes.

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?

Los intérpretes pueden reunirse con usted en el consultorio de su médico o el de su hijo y ayudarlo en persona a hablar con el médico en el idioma que prefiera. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener más información.

¿Qué sucede si mi hija o yo necesitamos atención de un obstetra/ginecólogo?

Usted o su hija pueden obtener servicios de obstetricia y ginecología de su médico. También puede elegir un especialista en obstetricia y ginecología para atender sus necesidades de salud de mujer, o las de su hija. Un obstetra/ginecólogo puede ocuparse de la atención durante el embarazo, los chequeos anuales o de los problemas relacionados con la salud de la mujer que usted o su hija puedan tener. NO necesita una remisión del médico para recibir estos servicios. Su obstetra/ ginecólogo o el de su hija trabajarán junto con su médico para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?

ATENCIÓN MIEMBROS: Tiene derecho a escoger un obstetra/ginecólogo para usted o su hija sin una remisión de su proveedor de atención primaria o el de su hija. Un obstetra/ginecólogo puede ofrecerle:

- Un examen de bienestar de la mujer por año.
- Atención relacionada con el embarazo.
- Atención para cualquier afección médica femenina.
- Remisión a un médico especialista dentro de la red.

UnitedHealthcare Community Plan les permite a usted y a su hija escoger cualquier obstetra/ginecólogo, ya sea que dicho medico se encuentre en la misma red que el PCP suyo o el de su hija o no.

¿Cómo elijo un obstetra/ginecólogo?

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** o elija uno del directorio de proveedores.

Si no elijo un obstetra/ ginecólogo, ¿tengo acceso directo?

Sí.

¿Necesitaré una remisión para obtener los servicios de un obstetra/ginecólogo?

No.

¿Qué tan pronto mi hija o yo podemos recibir atención después de contactar a nuestro obstetra/ ginecólogo para una cita?

Usted o su hija pueden recibir atención dentro de las dos semanas posteriores a haberse comunicado con su médico para solicitar una visita prenatal.

Si usted o su hija están embarazadas. Llame al médico de su hija y a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Mi hija y yo podemos mantener nuestro obstetra/ginecólogo si no pertenece a UnitedHealthcare Community Plan?

Si usted o su hija están embarazadas y en los últimos 3 meses de embarazo, comuníquese con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. UnitedHealthcare Community Plan hará los arreglos necesarios para que usted o su hija continúen el tratamiento con el obstetra/ginecólogo que la ha estado atendiendo. El médico también puede comunicarse con UnitedHealthcare Community Plan para ver si puede convertirse en uno de nuestros proveedores.

Si usted o su hija no están embarazadas o no están en los últimos 3 meses de embarazo, puede elegir cualquier obstetra/ginecólogo dentro de la red de UnitedHealthcare Community Plan. Si necesita una lista de proveedores, comuníquese con Servicios para Miembros.

Puede llamarnos al **1-888-887-9003** para obtener ayuda para elegir un obstetra/ginecólogo.

¿Qué sucede si estoy embarazada? ¿Qué sucede si mi hija está embarazada?

¿A quién debo llamar?

Si cree o sabe que usted o su hija están embarazadas, haga una cita para ver a su médico o a un obstetra/ginecólogo. Ellos podrán confirmar si está embarazada o no, y determinar la atención que necesitarán usted, o su hija, y el bebé por nacer. Si se entera que está embarazada, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. UnitedHealthcare Community Plan las inscribirá a usted, o a su hija, en el programa Healthy First Steps para asegurarse de que tanto usted, o su hija, como el bebé por nacer reciban la atención médica que necesitan durante el embarazo.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Apenas tenga su nuevo domicilio, déselo a la oficina de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) local y al departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan llamando al **1-888-887-9003**. Debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan antes de recibir cualquier servicio del CHIP en su nueva área, a menos que se trate de una emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de UnitedHealthcare hasta que HHSC cambie su domicilio.

Derechos y responsabilidades de los miembros del CHIP para los miembros del CHIP y los miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP:

Derechos de los miembros.

1. Tiene derecho a obtener información precisa y fácil de entender para ayudarlo a tomar decisiones adecuadas sobre el plan de salud de su hijo, los médicos, los hospitales y otros proveedores.
2. Su plan de salud debe informarle si usa una “red limitada de proveedores”, es decir, un grupo de médicos y otros proveedores que solo remiten pacientes a otros médicos que están en el mismo grupo. “Red limitada de proveedores” significa que no puede visitar a todos los médicos que están en su plan de salud. Si su plan de salud usa “redes limitadas”, debe consultar para ver si el PCP de su hijo y cualquier especialista que le gustaría visitar forman parte de la misma “red limitada”.
3. Tiene derecho a saber de qué forma sus médicos reciben su pago. Algunos obtienen un pago establecido independientemente de la frecuencia con que usted los visite. Otros obtienen el pago en base a los servicios que le brindan a su hijo. Tiene derecho a saber qué incluyen dichos pagos y cómo funcionan.
4. Tiene derecho a saber cómo decide el plan de salud si un servicio está cubierto y/o es médicamente necesario. Tiene derecho a conocer a las personas del plan de salud que deciden sobre estos aspectos.
5. Tiene derecho a conocer los nombres de los hospitales y otros proveedores de su plan de salud y sus direcciones.
6. Tiene derecho a escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente amplia de modo que su hijo pueda obtener el tipo de atención adecuada cuando la necesite.
7. Si un médico considera que su hijo tiene necesidades de atención médica especiales o una discapacidad, puede usar un especialista como el PCP de su hijo. Consulte con su plan de salud al respecto.
8. Los niños que reciben el diagnóstico de necesidades de atención médica especiales o una discapacidad tienen derecho a obtener atención especial.
9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el médico que atiende a su hijo abandona el plan de salud, su hijo puede continuar siendo atendido por dicho médico durante tres meses, y el plan de salud debe continuar pagando por dichos servicios. Consulte con su plan acerca de cómo funciona esto.

Otros detalles del plan

10. Su hija tiene derecho a visitar a un obstetra/ginecólogo participante sin obtener una remisión del PCP y sin consultar previamente el plan de salud. Consulte con su plan acerca de cómo funciona esto. Algunos planes pueden requerir que usted escoja un obstetra/ ginecólogo antes de visitar a dicho médico sin una remisión.
11. Su hijo tiene derecho a recibir servicios de emergencia si usted cree razonablemente que la vida de su hijo está en peligro o que podría verse perjudicada gravemente si no recibe tratamiento de inmediato. La cobertura de las emergencias está disponible sin consultar previamente a su plan de salud. Es posible que tenga que pagar un copago según sus ingresos. No se aplican copagos a los miembros con cobertura perinatal del CHIP.
12. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las elecciones sobre la atención médica de su hijo.
13. Tiene derecho a hablar por su hijo en todas las elecciones de tratamiento.
14. Tiene derecho a obtener una segunda opinión de otro médico del plan de salud acerca de qué tipo de tratamiento necesita su hijo.
15. Tiene derecho a recibir un trato justo de parte del plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores.
16. Tiene derecho a hablar con los médicos de su hijo y otros proveedores en privado y a que se mantenga la privacidad de los registros médicos de su hijo. Tiene derecho a examinar y realizar copias de los registros médicos de su hijo y a solicitar cambios en dichos registros.
17. Tiene derecho a un proceso justo y rápido para la resolución de problemas con su plan de salud y los médicos, hospitales y otros proveedores de servicios para su hijo del plan. Si el plan afirma que no pagará un servicio o beneficio cubierto que el médico de su hijo considera médicamente necesario, usted tiene derecho a que otro grupo fuera del plan de salud le informe si considera que el médico o el plan de salud estaban en lo cierto.
18. Tiene derecho a saber que los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de su hijo pueden aconsejarlo sobre el estado de salud de su hijo, la atención médica y el tratamiento que recibe. El plan de salud no puede impedir que le brinden esta información, aun si la atención o el tratamiento no es un servicio cubierto.
19. Usted tiene el derecho de conocer que es el único responsable de pagar los copagos permitidos por servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros no pueden solicitarle el pago de cualquier cantidad de dinero por los servicios cubiertos.

Responsabilidades del miembro.

Usted y el plan de salud tienen interés en ver que la salud de su hijo mejore. Puede ayudar asumiendo las siguientes responsabilidades.

1. Debe tratar de tener hábitos saludables. Recomiende a su hijo a que no fume y que lleve una dieta saludable.
2. Debe participar en las decisiones del médico relacionadas con los tratamientos de su hijo.

3. Debe trabajar junto a los médicos del plan de salud y otros proveedores para escoger los tratamientos para su hijo con los cuales todos hayan estado de acuerdo.
4. Si no está de acuerdo con el plan de salud, primero debe intentar resolverlo usando el proceso de quejas del plan de salud.
5. Debe aprender qué es lo que cubre el plan y qué no cubre. Lea el Manual para Miembros a fin de entender cómo funcionan las reglas.
6. Si concierta una cita para su hijo, debe tratar de llegar al consultorio del médico a tiempo. Si no puede acudir a la cita, asegúrese de llamar para cancelarla.
7. Si su hijo participa en el programa CHIP, usted es responsable de pagar los copagos que les deba a su médico y a otros proveedores. Si su hijo obtiene servicios del programa perinatal del CHIP, no deberá pagar copagos por ese hijo.
8. Debe informar el uso indebido de los servicios de los programas CHIP y perinatal del CHIP por parte de los proveedores de atención médica, otros miembros o planes de salud.
9. Debe hablar con su proveedor acerca de los medicamentos que le recetan.

Si cree que ha recibido un trato injusto o que la han discriminado, llame a la línea gratuita del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Health and Human Services, HHS) al 1-800-368-1019. En el sitio de Internet www.hhs.gov/ocr también puede ver información relacionada con la Oficina de Derechos Civiles del HHS.

¿Qué significa “medicamente necesario”?

Los servicios cubiertos para los miembros del CHIP y los miembros recién nacidos con cobertura perinatal del CHIP y los miembros perinatales de CHIP deben cumplir con la definición del CHIP de “medicamente necesario”. Un miembro de CHIP perinatal es un niño que todavía no nace.

Medicamente necesario significa:

1. Servicios de atención médica:

- a. Razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, o para proporcionar exámenes de detección temprana, intervenciones y/o tratamientos para afecciones que causen sufrimiento o dolor, deformidades físicas o limitaciones de las funciones, que amenacen con causar o empeorar una discapacidad, que causen enfermedades o la dolencia de un miembro o que pongan en peligro la vida;
- b. Proporcionados en instalaciones apropiadas y con el nivel de atención adecuado para el tratamiento de las afecciones médicas de un miembro;
- c. Consecuentes con las pautas y normas de la práctica de atención médica aprobadas por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente u organismos gubernamentales;

Otros detalles del plan

- d. Consecuentes con los diagnósticos del miembro;
- e. No más intrusivos ni restrictivos que lo necesario para proporcionar un adecuado equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
- f. No experimentales ni de investigación;
- g. No principalmente para la conveniencia del miembro o del proveedor; y

2. Servicios de salud conductual:

- a. Razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de dependencia química o de salud mental o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento que deriva de un trastorno de este tipo;
- b. Prestados en conformidad con las pautas clínicas y normas de práctica profesionalmente aceptadas en la atención de salud conductual;
- c. Deben prestarse en el ámbito más apropiado y menos restrictivo en que tales servicios puedan prestarse en forma segura;
- d. Deben proporcionarse al mayor nivel de suministro o servicio que pueda proporcionarse en forma segura;
- e. No pueden omitirse sin afectar en forma adversa la salud física del niño y/o la calidad de la atención que se brinda;
- f. No experimentales ni de investigación; y
- g. No principalmente para la conveniencia del miembro o del proveedor.

¿Qué es la atención médica de rutina y qué tan pronto puedo esperar que reciba atención?

Si usted necesita un chequeo físico, entonces la visita es de RUTINA. Su médico deberá atenderlo dentro de cuatro semanas. UnitedHealthcare Community Plan lo ayudará con gusto a hacer una cita, solo llámenos al **1-888-887-9003**.

Usted debe ver a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan para recibir atención de urgencia y de rutina. Siempre puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** si necesita ayuda para elegir un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Qué es la atención médica de urgencia y qué tan pronto puedo esperar que reciba atención?

Si usted o su hijo necesitan atención médica para asuntos de menor importancia como cortes, quemaduras, infecciones, náuseas o vómitos, entonces su visita es URGENTE. Llame a su médico. Generalmente puede atenderlo en un día. Si tiene problemas para hacer una cita para una necesidad médica urgente, llame a Servicios para Miembros para solicitar ayuda al **1-888-887-9003**.

¿Qué es una emergencia y una afección de emergencia?

Un miembro CHIP Perinate se define como un bebé que aun no ha nacido. Un cuidado de emergencia es un servicio de cuidados con cobertura si está directamente relacionado al bebé que aun no ha nacido y hasta el momento del nacimiento. Los cuidados de emergencia se proveen bajo las siguientes Condiciones Médicas de Emergencia:

- Evaluación médica para determinar una posible condición de emergencia del bebé que aun no ha nacido cuando se encuentra directamente relacionada al parto y nacimiento posterior;
- Servicios de estabilización relacionados al parto y nacimiento de un bebé que no ha nacido;
- Transporte por tierra, aire o por agua para el parto y partos con riesgos son beneficios cubiertos;
- Transporte por tierra, aire o por agua para una emergencia asociada con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo que no sea viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o un feto que ha muerto en útero) es un beneficio que está cubierto.

Límites de los Beneficios: Servicios para después del nacimiento o por complicaciones que resulten en la necesidad de obtener servicios de emergencias para la madre del miembro Perinate CHIP no son beneficios cubiertos.

¿Qué son los servicios de emergencia y/o la atención de emergencia?

Los “servicios de emergencia” y/o la “atención de emergencia” incluyen los servicios de atención médica que brindan un proveedor calificado a fin de evaluar y estabilizar las afecciones médicas de emergencia, incluso los servicios de atención de pos-estabilización relacionados al parto y nacimiento del bebé.

¿Qué tan pronto puedo esperar que yo sea atendido en una emergencia?

Los tiempos de espera de emergencia se basarán en sus necesidades médicas, y serán determinados por la instalación de emergencia que le brinda tratamiento.

¿Cómo obtengo cuidados de salud cuando la oficina del doctor está cerrada?

Por favor llame al doctor para su embarazo. Si usted no puede encontrar a su doctor o al doctor de su hijo, o quiere hablar con alguien mientras el doctor le llama de regreso, llame a la Línea de Enfermeras al 1-800-850-1267. Nuestras enfermeras están listas para ayudarlo las 24 horas, los 7 días de la semana. Si usted piensa que tiene una emergencia real, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué pasa si yo me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o cuando me encuentro viajando?

¿Qué pasa si me encuentro fuera del estado?

Si usted o su hijo necesitan de cuidados médicos mientras se encuentran viajando, llámenos sin costo alguno al **1-888-887-9003** y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si usted o su hijo necesitan servicios médicos de emergencia, acuda al hospital más cercano y después llámenos al **1-888-887-9003**.

Otros detalles del plan

¿Qué pasa si yo/ mi hijo se encuentra fuera del país?

Servicios médicos que se lleven a cabo fuera del país no están cubiertos por CHIP.

¿Qué es una remisión?

Su proveedor perinatal hablará con usted sobre las necesidades de su bebé por nacer y lo ayudará a planificar para que vea a un especialista que pueda proporcionarle la mejor atención para su bebé por nacer. Esto se llama una remisión. Su médico es el único que puede darle una remisión para ver a un especialista. Si usted tiene una visita o recibe servicios de un especialista sin la remisión de su médico o si el especialista no es un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan, es posible que usted deba hacerse cargo de la factura.

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

NO necesita una remisión para:

- Servicios de emergencia.
- Atención de obstetricia y ginecología.

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para determinar si necesita una remisión.

¿Qué pasa si yo necesito de servicios que no estén cubiertos por CHIP Perinatal?

CHIP Perinatal solo paga por servicios cubiertos dentro del programa. Si usted obtiene servicios que no están cubiertos, es posible que usted tenga que pagar por esos servicios.

Cuando usted sea hospitalizado, puede tener necesidad de solicitar Emergency Medicaid para pagar por su estancia en el hospital. Si usted no solicita Emergency Medicaid y CHIP Perinatal no cubre su hospitalización, es posible que usted tenga que pagar su hospitalización.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

CHIP Perinatal cubre la mayoría de los medicamentos que su médico perinatal dice que necesita. Su médico escribirá una receta para que pueda llevarla a la farmacia, o tal vez pueda enviarla por usted.

No hay copagos para los miembros de CHIP perinatales.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

¿Qué sucede si voy a una farmacia que no está en la red?

Esto puede afectar su capacidad para obtener los medicamentos que necesita. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Necesitará su tarjeta de identificación de miembro de UnitedHealthcare Community Plan y su(s) receta(s).

¿Qué sucede si necesito que me traigan mis medicamentos a mi hogar?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

¿A quién puedo llamar si tengo problemas obteniendo mis medicamentos?

Todas las recetas que usted obtenga de su doctor pueden ser surtidas en cualquier farmacia que acepte su tarjeta de identificación como miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Si usted necesita de ayuda para encontrar una farmacia, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**. Recuerde — siempre lleve consigo su tarjeta de identificación del UnitedHealthcare Community Plan a las visitas con sus doctores y a la farmacia.

¿Qué sucede si no aprueban el medicamento que mi médico recetó?

Si no es posible contactar a su médico para aprobar una receta, podría recibir un suministro de emergencia para tres días del medicamento. Llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** para obtener ayuda con sus medicamentos y reposiciones.

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.

¿Qué sucede si necesito un medicamento de venta libre?

La farmacia no puede darle un medicamento de venta libre como parte de su beneficio del CHIP o el de su hijo. Si usted o su hijo necesitan un medicamento de venta libre, deberá pagar por este.

¿Puede alguien brindarme servicios de interpretación cuando hablo con mi médico perinatal? ¿A quién debo llamar para conseguir un intérprete? ¿Con cuánto tiempo de anticipación debo llamar?

Tiene derecho a hablar con su médico en el idioma que prefiera. UnitedHealthcare Community Plan puede organizar los servicios de interpretación para usted. Llame al **1-888-887-9003** si necesita un intérprete. Llame a la línea **TDD/TTY al 711** para personas con problemas de audición. Llame tan pronto como programe su cita o la cita de su hijo, o al menos 24 horas antes.

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?

Los intérpretes pueden reunirse con usted en el consultorio de su médico o el de su hijo y ayudarlo en persona a hablar con el médico en el idioma que prefiera. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener más información.

Otros detalles del plan

¿Cómo elijo un proveedor perinatal? ¿Necesitaré una remisión para obtener este servicio?

Si necesita ayuda para elegir un proveedor perinatal, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**. No necesita una remisión para este servicio.

¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de comunicarme con un proveedor perinatal para hacer una cita?

Debería ver a su proveedor perinatal dentro de las dos semanas después de haberse comunicado con este. Si tiene algún problema para obtener una cita dentro de las dos semanas después de haberse comunicado con su proveedor perinatal, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Puedo quedarme con un proveedor perinatal del CHIP si no pertenece a mi plan de salud?

Debe tratar de elegir un proveedor perinatal del CHIP que se encuentre en la red de proveedores perinatales del CHIP de su plan de salud. Si le quedan 12 semanas o menos para la fecha de parto estimada, puede conservar su proveedor perinatal actual hasta los chequeos después del parto, incluso si el proveedor perinatal no pertenece a la red o se va de esta. Comuníquese con Servicios para Miembros.

¿Qué pasa si recibo una factura de parte del proveedor perinatal? ¿Cuál es la información que necesitarán? ¿A quién llamo?

Si usted recibe una factura de un doctor, hospital u otro proveedor de cuidados de salud, pregunte cuál es la razón por la cual se le cobra. El doctor de su hijo, el proveedor de cuidados de salud o el hospital no pueden cobrar por servicios que están cubiertos y aprobados por CHIP. Usted no tiene que pagar por facturas que UnitedHealthcare Community Plan debe pagar.

*Si usted recibe una factura, llame a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** para obtener ayuda.*

Esté seguro de tener la factura ante usted cuando llame. Usted necesitará informar a Servicios para Miembros quien le envió la factura, la fecha del servicio la cantidad y el nombre del proveedor con su dirección y número de teléfono.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Apenas tenga su nuevo domicilio, déselo a la oficina de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) local y al departamento de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan llamando al **1-888-887-9003**. Debe llamar a UnitedHealthcare Community Plan antes de recibir cualquier servicio del CHIP en su nueva área, a menos que se trate de una emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de UnitedHealthcare hasta que HHSC cambie su domicilio.

Derechos y responsabilidades para los miembros de CHIP perinatales

Derechos de los miembros.

1. Tiene derecho a obtener información precisa y fácil de entender para ayudarlo a tomar decisiones adecuadas sobre el plan de salud de su hijo que aun no nace, los médicos, los hospitales y otros proveedores.
2. Tiene derecho a saber de qué forma sus médicos reciben su pago. Algunos obtienen un pago establecido independientemente de la frecuencia con que usted los visite. Otros obtienen el pago en base a los servicios que le brindan a su hijo que aun no nace. Tiene derecho a saber qué incluyen dichos pagos y cómo funcionan.
3. Tiene derecho a saber cómo decide el plan de salud si un servicio perinatal está cubierto y/o es médicamente necesario. Tiene derecho a conocer a las personas del plan de salud que deciden sobre estos aspectos.
4. Tiene derecho a conocer los nombres de los hospitales y otros proveedores perinatales de su plan de salud y sus direcciones.
5. Tiene derecho a escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente amplia de modo que su hijo que aun no nace pueda obtener el tipo de atención adecuada cuando la necesite.
6. Su hijo tiene derecho a recibir servicios de emergencia si usted cree razonablemente que la vida de su hijo que aun no nace está en peligro o que podría verse perjudicada gravemente si no recibe tratamiento de inmediato. La cobertura de las emergencias está disponible sin consultar previamente a su plan de salud.
7. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las elecciones sobre la atención médica de su hijo que aun no nace.
8. Tiene derecho a hablar por su hijo que aun no nace en todas las elecciones de tratamiento.
9. Tiene derecho a recibir un trato justo de parte del plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores.
10. Tiene derecho a hablar con los proveedores perinatales y otros proveedores en privado y a que se mantenga la privacidad de los registros médicos de su hijo. Tiene derecho a examinar y realizar copias de los registros médicos de su hijo y a solicitar cambios en dichos registros.
11. Tiene derecho a un proceso justo y rápido para la resolución de problemas con su plan de salud y los médicos, hospitales y otros proveedores de servicios para su hijo que aun no nace. Si el plan afirma que no pagará un servicio perinatal o beneficio cubierto que el médico de su hijo que aun no nace considera médicamente necesario, usted tiene derecho a que otro grupo fuera del plan de salud le informe si considera que el médico o el plan de salud estaban en lo cierto.

Otros detalles del plan

12. Tiene derecho a saber que los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de su hijo pueden aconsejarlo sobre el estado de salud de su hijo que aun no nace, la atención médica y el tratamiento que recibe. El plan de salud no puede impedir que le brinden esta información, aun si la atención o el tratamiento no es un servicio cubierto.

Responsabilidades del miembro.

Usted y el plan de salud tienen interés en que su bebé este sano cuando nazca. Usted puede ayudar asumiendo las siguientes responsabilidades.

1. Debe tratar de tener hábitos saludables. No fume y lleve una dieta saludable.
2. Debe participar en las decisiones del médico relacionadas con los tratamientos de su hijo que aun no nace.
3. Si no está de acuerdo con el plan de salud, primero debe intentar resolverlo usando el proceso de quejas del plan de salud.
4. Debe aprender qué es lo que cubre el plan y qué no cubre. Lea el Manual para Miembros a fin de entender cómo funcionan las reglas.
5. Si concierta una cita para su hijo, debe tratar de llegar al consultorio del médico a tiempo. Si no puede acudir a la cita, asegúrese de llamar para cancelarla.
6. Debe informar el uso indebido de los servicios de los programas perinatales del CHIP por parte de los proveedores de atención médica, otros miembros o planes de salud.
7. Debe hablar con su proveedor acerca de los medicamentos que le recetan.

Si cree que ha recibido un trato injusto o que la han discriminado, llame a la línea gratuita del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Health and Human Services, HHS) al 1-800-368-1019. En el sitio de Internet www.hhs.gov/ocr también puede ver información relacionada con la Oficina de Derechos Civiles del HHS.

¿Cuándo termina la cobertura de CHIP Perinatal?

Usted podrá tener la cobertura de CHIP Perinatal hasta el momento cuando nazca su bebé. Después que su bebé nazca, usted ya no podrá obtener esos beneficios.

¿Recibiré notificación del estado cuando mi cobertura con CHIP Perinatal termine?

El estado le enviará una carta comunicándole que usted ya no tiene esos beneficios.

¿Cómo puedo renovar la cobertura con CHIP Perinatal?

La cobertura de CHIP Perinatal para usted es por doce meses. La cobertura se inicia cuando usted, estando embarazada, inscribe al bebé que aun no nace. La cobertura es exclusiva para el bebé y continúa después del nacimiento del bebé para un total de 12 meses de cobertura. En el decimo (10º) mes de la cobertura, usted recibirá una forma para renovar a CHIP. Usted debe llenar esta forma y enviarla al estado. El estado determinará si su hijo(a) es elegible para Medicaid o para CHIP.

¿Cómo puedo escoger al Proveedor de Atención Primaria de mi bebé antes de que nazca? ¿A quién puedo llamar? ¿Cuál es la información que se necesita?

Efectivamente, usted puede escoger al PCP de su bebé antes de que el bebé nazca. Es importante que usted seleccione al Proveedor de Atención Primaria para el bebé. Usted puede encontrar un Proveedor de Atención Primaria de CHIP para su recién nacido llamando a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003**, o acudiendo al sitio www.UHCCommunityPlan.com o consultando al Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare Community Plan CHIP. Tenga a la mano su tarjeta de identificación como miembro cuando llame.

Quejas y apelaciones

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién debo llamar?

Queremos ayudarlo. Si tiene una queja, llámenos de forma gratuita al **1-888-887-9003** para contarnos su problema. Un defensor de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a presentar una queja. Solo llame al **1-888-887-9003**. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o como máximo a los pocos días.

Otros detalles del plan

Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme?

Si no está satisfecho con la respuesta a su queja, también puede quejarse ante el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance) llamando a la línea gratuita al 1-800-252-3439.

Si desea hacerlo por escrito, escriba a la siguiente dirección:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection
P.O. Box 149091
Austin, TX 78714-9091

Si tiene acceso a Internet, puede enviar su queja a través de un mensaje de correo electrónico a:

<http://www.tdi.texas.gov/forms/consumer/cp012complform.pdf>.

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una queja?

Sí, un representante de Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan puede ayudarlo a presentar una queja. Simplemente llame al **1-888-887-9003**. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o como máximo a los pocos días.

¿Cuánto tiempo se tomará procesar mi queja?

La mayoría de las veces nosotros podemos ayudarlo inmediatamente o hacerlo en pocos días. Usted recibirá una carta de respuesta dentro de los primeros 30 días a partir de la fecha en que UnitedHealthcare Community Plan recibió su queja.

¿Cuáles son los requerimientos y fechas límites para presentar una queja?

No hay un límite de tiempo para presentar una queja a UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta de respuesta informándole que medidas se han tomado acerca de su queja.

¿Tengo derecho a reunirme con un Panel de Apelaciones de Quejas?

Si presenta una queja por usted o por su hijo y no obtuvo el resultado que esperaba, tiene derecho a presentar una apelación. Cuando presente su apelación, recibirá información acerca de cómo hacer que el Panel de Apelaciones de Quejas analice su inquietud. Este panel está compuesto por médicos, otros proveedores, y miembros de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Dónde puedo enviar mi queja por correo?

Para presentar quejas por escrito, envíe su carta a UnitedHealthcare Community Plan. Su carta debe tener su nombre, su número de identificación de miembro, su número de teléfono y dirección, y la razón de su queja. Envíe su carta a:

UnitedHealthcare Community Plan
 Attn: Complaint and Appeals Department
 P.O. Box 31364
 Salt Lake City, UT 84131-0364

Programa del defensor del pueblo.

Los miembros de UnitedHealthcare Community Plan pueden acceder a un defensor del pueblo independiente de UnitedHealthcare Community Plan para que los ayude a resolver su queja.

UnitedHealthcare Community Plan tiene contrato con varias organizaciones sin fines de lucro para que le presten este servicio. Puede ser remitido a un defensor del pueblo independiente de UnitedHealthcare Community Plan a través de nuestro Departamento de Servicios para Miembros llamando al **1-888-887-9003**.

¿Qué puedo hacer si el médico de mi hijo solicita un servicio para mi hijo que está cubierto pero UnitedHealthcare Community Plan lo deniega o lo limita?

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si un servicio cubierto solicitado por el PCP de su hijo es denegado, demorado, limitado o interrumpido. Si no está conforme con la decisión, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-887-9003** y solicitar una apelación. Grabaremos su solicitud verbal. Luego, se transcribirá la grabación y se la convertirá en una solicitud por escrito. Le enviaremos un formulario para que complete, firme y nos lo devuelva lo antes posible.

¿De qué forma me notificarán si los servicios son denegados?

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si un servicio cubierto solicitado por el PCP de su hijo es denegado, demorado, limitado o interrumpido.

Otros detalles del plan

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

UnitedHealthcare Community Plan tiene hasta 30 días calendario para decidir si su solicitud de atención es médicamente necesaria y está cubierta. Le enviaremos una carta relacionada con nuestra decisión dentro de los 30 días. En algunos casos, tiene derecho a que tomemos una decisión en el lapso de un día hábil. Si su proveedor lo solicita, debemos tomar una decisión rápida. Puede obtener una decisión rápida si su salud o capacidad motor sería perjudicada seriamente si tiene que esperar. Además, tiene derecho a elegir una revisión rápida de una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO).

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Puede solicitar una apelación siempre que no esté de acuerdo con una decisión de UnitedHealthcare Community Plan de denegar los servicios para usted o su hijo.

¿Tengo que presentar mi solicitud por escrito?

En cada carta que reciba se incluirá un formulario de apelación cuando UnitedHealthcare Community Plan le deniegue un servicio. Este formulario debe firmarse y devolverse. Puede solicitar una apelación por teléfono pero se le enviará un formulario de apelaciones, el cual deberá firmar y devolver.

No se permite ninguna represalia.

UnitedHealthcare Community Plan no puede castigar a un miembro, un médico o proveedor por presentar una queja en contra de UnitedHealthcare Community Plan.

¿Puede el personal de UnitedHealthcare Community Plan brindarme ayuda para presentar una apelación?

Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo a presentar una apelación. Puede pedirles ayuda cuando llame al **1-888-887-9003**. Recibirá un formulario de solicitud de apelación y le pedirán que lo devuelva antes de que se tome su solicitud de apelación.

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada es cuando el plan de salud debe tomar una decisión rápidamente sobre la base de su estado de salud, y cuando tomarse tiempo para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Puede solicitar este tipo de apelación por escrito o por teléfono. Asegúrese de escribir “Deseo una decisión rápida o una apelación acelerada” o “Considero que la salud de mi hijo podría verse perjudicada al esperar una decisión estándar”.

Para solicitar una decisión rápida por teléfono, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Debo solicitar una apelación acelerada por escrito?

Podemos aceptar su solicitud de manera oral o por escrito. Envíe por correo las solicitudes por escrito a:

UnitedHealthcare Community Plan
 Attn: Complaint and Appeals Department
 P.O. Box 31364
 Salt Lake City, UT 84131-0364

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

UnitedHealthcare Community Plan debe decidir este tipo de apelación en un día hábil a partir de la fecha en que recibimos la información y la solicitud.

¿Qué sucede si UnitedHealthcare Community Plan rechaza una solicitud de apelación acelerada?

Si UnitedHealthcare Community Plan deniega una apelación acelerada, la apelación es procesada a través del proceso normal de apelaciones, el cual se resolverá dentro de los 30 días. Recibirá una carta en la que se explicará el porqué y qué otras opciones podría tener.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación o una apelación acelerada?

Si usted o su hijo están hospitalizados, pídale a una persona que lo ayude a enviar por correo, o que llame en su nombre para solicitar este tipo de apelación. También puede llamar a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003** y pedirle a una persona que lo ayude a comenzar una apelación, o bien, pedirle a su médico o al médico de su hijo que lo haga por usted.

¿Qué es una Organización de Revisión Independiente (IRO)?

Una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) es una organización externa que el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, TDI) elige para revisar la denegación de un servicio, el cual usted y su médico consideran que es médicamente necesario, por parte de su plan de salud. Esta organización no está relacionada con su médico ni con su plan de salud. Esta revisión independiente no tiene ningún costo para usted.

Puede solicitar que una IRO revise su caso después de que complete el proceso de apelación. Este es el nivel final de apelación para una determinación adversa.

¿Cómo solicito una IRO?

Si elige una IRO, puede comunicarse con Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al **1-888-887-9003**.

¿Cuáles son los plazos para este proceso?

Cuando UnitedHealthcare Community Plan recibe su solicitud, la enviamos al Departamento de Seguros de Texas (TDI) dentro de los 5 días calendario.

Trabajamos con el TDI y la IRO para brindarles toda la información sobre su caso. La IRO les informará a UnitedHealthcare Community Plan y a USTED su decisión. Esta decisión es final y UnitedHealthcare Community Plan trabajará con usted y los proveedores de su hijo para hacer lo que la IRO indique que debe hacerse.

Cada año tiene derecho a solicitar que UnitedHealthcare Community Plan le envíe determinada información

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitar y obtener esta información cada año:

- Nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas hablados (que no sean inglés) por proveedores de la red y la identificación de los proveedores que no aceptan pacientes nuevos. La información brindada será, como mínimo, sobre médicos de atención primaria, especialistas y hospitales en el área de servicio del miembro.
- Las restricciones sobre la libertad de elección del miembro entre los proveedores de la red.
- Los derechos y responsabilidades de los miembros.
- La información sobre las quejas, apelaciones y los procedimientos de audiencia imparcial.
- La cantidad, duración y el alcance de los beneficios según el contrato con los detalles suficientes como para garantizar que los miembros obtengan información sobre los beneficios a los que tienen derecho.
- Cómo obtener beneficios incluidos los requisitos de autorización.
- Cómo pueden obtener beneficios los miembros, incluidos los servicios de planificación familiar, de proveedores fuera de la red y/o límites a esos beneficios.

- Cómo se brinda la cobertura después del horario de atención y la cobertura de emergencia o los límites a dichos beneficios, incluido:
 - Qué comprenden las afecciones médicas de emergencia, los servicios de emergencia y los servicios post-estabilización.
 - El hecho de que no se requiere autorización previa para los servicios de atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluido el uso del sistema de 911 o su equivalente local.
 - La ubicación de las instalaciones de emergencia y otras ubicaciones donde proveedores y hospitales suministran servicios de emergencia que cuentan con cobertura conforme al contrato.
 - El miembro tiene derecho a usar cualquier hospital u otros entornos para obtener atención de emergencia.
 - Reglas post-estabilización.
- Política sobre las remisiones para la atención de especialistas y para otros beneficios que no son ofrecidos por el PCP del miembro.
- Pautas sobre las prácticas de UnitedHealthcare Community Plan.

Cambios importantes relacionados con los pagos realizados a médicos y proveedores.

UnitedHealthcare Community Plan informará a nuestros miembros por escrito si se realizan cambios importantes en relación con el pago a nuestros médicos y proveedores. Los miembros recibirán información sobre los cambios dentro de los 30 días. El anuncio incluirá información sobre cómo se modificó el pago y cuál será el nuevo pago.

¿Desea denunciar casos de gasto superfluo, abuso o fraude del CHIP?

Infórmenos si cree que un médico, dentista, farmacéutico en alguna farmacia o algún otro proveedor de atención médica, o persona que reciba los beneficios del CHIP está haciendo algo equivocado. Hacer algo equivocado podría ser un gasto superfluo, abuso o fraude, lo cual va en contra de la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Recibe pagos por servicios del CHIP que no proporcionó o que no eran necesarios.
- No dice la verdad acerca de una afección médica para recibir tratamiento médico.
- Deja que otra persona utilice la tarjeta de identificación del CHIP.
- Utiliza la tarjeta de identificación del CHIP de otra persona.
- No dice la verdad acerca del monto de dinero o los recursos que debe obtener como beneficios.

Otros detalles del plan

Para denunciar casos de gasto superfluo, abuso, o fraude, elija uno de los siguientes:

- Llame a la línea directa de la OIG al 1-800-436-6184;
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us/> y en la sección de “I WANT TO...” (“QUIERO...”), haga clic en “Report Waste, Abuse, and Fraud” (Para denunciar casos de gasto superfluo, abuso y fraude) para completar el formulario en línea; o
- Puede denunciar a su plan de salud directamente en:
UnitedHealthcare Community Plan
14141 Southwest Freeway, Suite 800
Sugar Land, TX 77478
1-888-887-9003

Para denunciar un gasto superfluo, abuso o fraude, recopile toda la información que sea posible.

Cuando denuncie a un proveedor (por ejemplo, médico, dentista, consejero, etc.), dé la siguiente información:

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor.
- Nombre y dirección del centro (hospital, asilo de ancianos, agencia de atención domiciliaria, etc.).
- El número de Medicaid del proveedor y el centro resulta útil.
- Tipo de proveedor (médico, fisioterapeuta, farmacéutico, etc.).
- Los nombres y el número de otros testigos que pueden contribuir a la investigación.
- Las fechas de los acontecimientos.
- Un resumen de lo que sucedió.

Cuando denuncie a una persona que recibe beneficios, incluya:

- El nombre de la persona.
- La fecha de nacimiento de la persona, el número de Seguro Social o el número de caso si lo tiene.
- Ciudad donde vive la persona.
- Los detalles específicos sobre el fraude, gasto superfluo o abuso.

**AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.
ESTE AVISO EXPLICA LA FORMA EN QUE SE PODRÍA USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA. EXPLICA CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.**

Vigente a partir del 1º. de enero de 2016.

Nosotros¹ por ley debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, HI). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

- Cómo podemos usar su HI.
- Cuándo podemos compartir su HI con otros.
- Qué derechos tiene sobre el acceso a su HI.

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

En este aviso, “información de salud” (HI) se refiere a la información relacionada con su salud o sus servicios de atención médica que se puede usar para identificarlo. Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad. Si lo hacemos, le enviaremos un aviso por correo o por correo electrónico, si la ley lo permite. Si mantenemos un sitio web para su plan de salud, también publicaremos el nuevo aviso en ese sitio www.UHCCommunityPlan.com. Tenemos el derecho a hacer que los cambios se apliquen a la HI que tengamos y a la información que recibamos en el futuro. Cumpliremos con la ley y le proporcionaremos una notificación de una violación de su HI.

Recopilamos y mantenemos su HI para que podamos llevar nuestro negocio. HI puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso a su HI a nuestros empleados y proveedores de servicios que manejan su cobertura y proveen servicios. Tenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento por las normas federales para proteger su HI.

Cómo usamos o compartimos su información.

Tenemos que usar y compartir su HI con:

- Usted o su representante legal.
- El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services).

Otros detalles del plan

Tenemos derecho a utilizar y compartir su HI para ciertos propósitos. Esto debe ser para su tratamiento, para el pago de su atención y para nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podríamos usar y compartir su HI:

- **Para pagos.** Podemos usar o compartir su HI para procesar los pagos de primas y reclamaciones. Esto también puede incluir la coordinación de beneficios. Por ejemplo, podemos decirle a su médico si usted es elegible para la cobertura y cuánto de la factura podría estar cubierto.
- **Para tratamiento o manejo de la atención.** Podríamos compartir su HI con proveedores para ayudarles a que le brinden atención.
- **Para operaciones de atención médica relacionadas con su atención.** Podríamos recomendar un programa de manejo de enfermedades o de bienestar. Podríamos estudiar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios.
- **Para informarle sobre programas o productos de salud.** Podríamos decirle sobre otros tratamientos, productos o servicios. Estas actividades podrían estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podríamos proporcionar información sobre las inscripciones y cancelaciones de inscripción y un resumen de HI al patrocinador de su plan de empleadores. Podríamos proporcionarles otra HI si acceden en limitar su uso de acuerdo con las leyes federales.
- **Por razones de respaldo.** Podemos usar su HI para tomar decisiones de respaldo, pero no utilizaremos su HI genética para fines de respaldo.
- **Para recordatorios sobre beneficios o atención.** Podemos utilizar su HI para enviarle información sobre sus beneficios de salud o sus cuidados y recordatorios para citas con el doctor.

Podríamos usar o compartir su HI de la siguiente forma:

- **Según sea requerido por ley.**
- **A las personas relacionadas con su atención.** Podría tratarse de algún familiar suyo. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Por ejemplo, en casos de emergencia o si usted acepta o no objeta cuando se le pregunta. Si no puede objetar, usaremos nuestro mejor criterio. Si usted fallece, podemos compartir HI con familiares o amigos que ayudaron con su atención médica antes de su muerte a menos que hacerlo iría en contra de los deseos que había compartido con nosotros antes de su muerte.
- **Para actividades de salud pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para informar sobre maltratos, abandono o violencia doméstica.** Podremos compartirla con entidades autorizadas por la ley para recibir esta HI. Podría tratarse de una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia que cuente con el permiso legal para obtener la HI. Esto podría ser en el caso de investigaciones sobre licencias, auditorías, fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para aplicar la ley.** Para encontrar una persona desaparecida o denunciar un delito.

- **Para prevenir 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.
- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso de las fuerzas armadas o de los servicios a veteranos de guerra, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para compensación de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar una enfermedad o discapacidad, según lo permita la ley.
- **Para proporcionar información sobre defunciones.** Podría ser para el médico forense o para el examinador médico. Para identificar a la persona fallecida, descubrir la causa de la muerte o según lo indique la ley. Podríamos proporcionar la HI a los directores de funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para instituciones penitenciarias o para las fuerzas del orden público.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles 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 servicios.** Nuestros socios están de acuerdo en proteger su HI. No se les permite usar la HI, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales podrían limitar el uso y la divulgación de HI altamente confidencial. Esto podría incluir leyes estatales sobre:
 1. VIH/SIDA.
 2. Salud mental.
 3. Pruebas genéticas.
 4. Abuso de alcohol y drogas.
 5. Enfermedades de transmisión sexual (STD) y salud reproductiva.
 6. Maltrato, agresión sexual o abandono de menores o adultos.

Si se aplican leyes más estrictas, aspiramos a cumplir esas leyes. Se adjunta un documento de “Enmiendas federales y estatales” que describe las leyes con más detalle.

Salvo lo que se indica en este aviso, solamente usaremos su HI con su consentimiento por escrito. Esto incluye obtener su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia acerca de usted, para vender su HI a otras personas, o para usar su HI para ciertos propósitos promocionales. Si nos permite que compartamos su HI, no le prometemos que el receptor no la compartirá. Puede retirar su consentimiento, a menos que ya hayamos actuado de acuerdo con tal consentimiento. Para obtener información sobre cómo hacerlo, llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Otros detalles del plan

Sus derechos.

Tiene derecho a:

- **Pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación de su información relacionada con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a sus familiares u otras personas involucradas en su atención médica o en el pago de dicha atención. Podríamos permitir que sus dependientes soliciten límites. **Trataremos de satisfacer su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.**
- **Solicitar comunicaciones confidenciales** en una forma o lugar distintos. (Por ejemplo, en un apartado postal, no en su casa). Aceptaremos su solicitud si la divulgación de la información podría ponerlo en peligro. Aceptamos solicitudes verbales. Puede cambiar su solicitud. Deberá hacerse por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo.
- **Para ver u obtener una copia** de la HI que usamos para tomar decisiones con respecto a usted. Deberá hacer la solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que se muestra más abajo. Si mantenemos registros electrónicos, tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia electrónica a usted o 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 su HI está equivocada o incompleta, puede pedir que sea modificada. Deberá hacer la solicitud por escrito. Deberá dar los motivos por los que solicita el cambio. Envíe la solicitud por correo a la dirección que aparece a continuación. Si denegamos su solicitud, podría agregar su desacuerdo a su HI.
- **Recibir una lista** de su HI compartida durante los seis años previos a su solicitud. Esto no incluirá ninguna HI compartida: (i) para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones penitenciarias o del orden público. Esta lista no incluirá las divulgaciones para las cuales la ley federal requiera un seguimiento por parte nuestra.
- **Obtener una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia en cualquier momento. Incluso si acepta recibir este aviso por medios electrónicos, tiene derecho a recibir una copia impresa. Si mantenemos un sitio web para su plan de salud, podría obtener una copia en nuestro sitio web: www.UHCCommunityPlan.com.

Usando sus derechos.

- **Para contactar a su plan de salud. Llame al número de teléfono en su tarjeta de ID.** O puede contactar al Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-888-887-9003** o **TTY 711**.
- **Para presentar una solicitud por escrito.** Envíela por correo a:
UnitedHealthcare Government Programs 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.** No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una reclamación.

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

Vigente a partir del 1º. de enero de 2016.

Protegemos² su “información financiera personal” (financial information, FI). Esto representa la información no relacionada con la salud sobre una persona con cobertura médica o sobre una persona que solicite la cobertura. Se trata de información que identifica a la persona y que por lo general no es pública.

Información que recopilamos.

Obtenemos FI sobre usted de:

- Solicitudes o formularios. Esto podría incluir nombre, dirección, edad y número de Seguro Social.
- Sus transacciones con nosotros o con otras empresas. Podría ser información sobre el pago de primas.

Divulgación de la FI.

No compartimos FI de nuestros miembros ni de personas que hayan sido miembros, excepto cuando la ley lo requiera o lo permita.

A fin de realizar nuestras operaciones comerciales, es posible que compartamos FI con nuestras filiales sin su consentimiento. Esto sirve para informarles acerca de sus transacciones, como el pago de sus primas.

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras compañías de seguro y compañías no financieras; por ejemplo, las procesadoras de información.
- A otras compañías para nuestros propósitos comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a las citaciones judiciales y a las investigaciones legales.
- A otras compañías que prestan servicios para nosotros, que incluyen el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Confidencialidad y seguridad.

Limitamos el acceso a su FI a nuestros empleados y proveedores de servicios que administran su cobertura y proporcionan los servicios. Aplicamos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento, de acuerdo con normas federales, para proteger su FI.

Otros detalles del plan

Preguntas sobre este aviso.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor **llame al número de teléfono sin cobrar para miembros en su tarjeta de ID de su plan de salud** o contacte al Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-888-887-9003** o **TTY 711**.

¹Este 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.; Health Plan of Nevada, Inc.; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

²Para 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 de pie de página 1 en esta página de Avisos del plan de salud sobre prácticas de privacidad, además de las filiales siguientes de UnitedHealthcare: Alere Women’s and Children’s Health, LLC; AmeriChoice Health Services, Inc.; Connexions HCI, LLC; Dental Benefit Providers, 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.; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; 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 Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo se aplica cuando la ley lo exija. Específicamente, no tiene vigencia 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.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD DE UNITEDHEALTH GROUP: ENMIENDAS ESTATALES Y FEDERALES.

Revisado: 1º. de enero de 2016.

La primera parte de este Aviso (páginas 92 a 97) indica cómo podemos usar y divulgar su información de salud (“HI”) según las normas federales de privacidad. Otras leyes podrían limitar estos derechos. Los cuadros siguientes:

1. Muestran las categorías que están sujetas a leyes más estrictas.
2. Le ofrecen un resumen de cuándo podemos usar y divulgar su HI sin su consentimiento.

Su consentimiento por escrito, si es necesario, debe cumplir con las reglas de las leyes federales o estatales que correspondan.

RESUMEN DE LAS LEYES FEDERALES

Información sobre abuso de alcohol y drogas

Podríamos usar y compartir información sobre alcohol y drogas protegida por las leyes federales únicamente (1) en casos limitados y/o compartir solamente (2) con ciertos receptores.

Información genética

No se nos permite usar la información genética para fines de aseguramiento.

RESUMEN DE LAS LEYES ESTATALES

Información de salud general

Estamos autorizados a compartir información de salud general únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, NE, PR, RI, VT, WA, WI
Una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) debe permitirles a los afiliados aprobar o rechazar la divulgación de información, con algunas excepciones.	KY
Usted puede limitar ciertas divulgaciones electrónicas de la información de salud.	NC, NV
No podremos utilizar su información de salud para ciertos propósitos.	CA, IA
No utilizaremos y/o revelaremos información relativa a ciertos programas de asistencia pública, excepto para ciertos propósitos.	KY, MO, NJ, SD
Debemos cumplir con las restricciones adicionales antes de usar o revelar su información de salud para ciertos propósitos.	KS

Otros detalles del plan

Recetas	
Podremos compartir la información sobre recetas únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	ID, NH, NV
Enfermedades contagiosas	
Podremos compartir información sobre enfermedades contagiosas únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
Enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva	
Estamos autorizados a compartir información sobre las enfermedades de transmisión sexual y/o salud reproductiva únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
Abuso de alcohol y drogas	
Podremos usar y compartir información sobre el abuso de alcohol y drogas únicamente (1) en casos limitados y/o compartir solamente con (2) recipientes específicos.	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
La divulgación de la información sobre el abuso de alcohol y drogas podrá ser limitada por la persona que es sujeto de dicha información.	WA
Información genética	
No podremos divulgar información genética sin su consentimiento por escrito.	CA, CO, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
Podremos compartir la información genética únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AK, AZ, FL, GA, IA, IL, MD, MA, ME, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
Se aplican restricciones a (1) el uso, y/o (2) el mantenimiento de la información genética.	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT

VIH / SIDA	
Podremos compartir la información relacionada con el VIH/SIDA (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AZ, AR, CA, CT, DE, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, ME, MI, MO, MT, NY, NC, NH, NM, NV, OR, PA, PR, RI, TX, VT, WV, WA, WI, WY
Se aplican algunos límites para la divulgación oral de información relacionada con el VIH/SIDA.	CT, FL
Recabamos cierta información sobre VIH/SIDA sólo con su consentimiento por escrito.	OR
Salud mental	
Podremos compartir información sobre salud mental únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
La divulgación de la información podrá ser limitada por la persona que es el sujeto de dicha información.	WA
Se aplican ciertas restricciones para la divulgación oral de información sobre la salud mental.	CT
Se aplican ciertas restricciones al uso de información sobre salud mental.	ME
Abuso de menores o de adultos	
Podremos usar y compartir información sobre abuso de menores y/o adultos únicamente (1) en casos limitados y/o (2) con ciertas personas o entidades.	AL, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, NY, RI, TN, TX, UT, WI

Nosotros estamos aquí para servirle.

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicio para Miembros al **1-888-887-9003, TDD/TTY 711**, para personas con problemas de audición. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: www.UHCCommunityPlan.com.

UnitedHealthcare Community Plan
Regional Service Delivery Area Office
14141 Southwest Freeway, Suite 800
Sugar Land, TX 77478

www.UHCCommunityPlan.com

1-888-887-9003, TDD/TTY 711, para personas
con problemas de audición
8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes

