



Bienvenido a la comunidad

Programa HealthChoice de Maryland

Manual para Miembros | Mayo de 2022



Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

Estimado Miembro,

Gracias por seleccionar a UnitedHealthcare.

En UnitedHealthcare, deseamos que esté saludable y permanezca saludable. Los beneficios del programa HealthChoice, incluyen los beneficios médicos, de prescripciones, dentales y de la visión para ayudarle a estar saludable y a mantenerse saludable. También contamos con una red de más de 9,000 proveedores que le ayudarán a obtener la atención que necesita.

El nombre y número de su proveedor (PCP) se anotan en su tarjeta de identificación. Si usted necesita cambiar de PCP, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Su PCP está aquí para proporcionarle ayuda y dirigir sus cuidados de salud. Es importante que usted visite a su PCP cuando se enferme y cada año para recibir un examen. Si su PCP no puede proveerle con los cuidados de salud que necesita, le referirá a un especialista.

Si usted es un nuevo miembro, por favor haga las siguientes cosas:

- Tómese un poco de tiempo para leer este manual. Conozca acerca de sus beneficios y cómo obtener sus cuidados.
- Haga una cita con su PCP para que le examine. Solicite a su PCP que presente una solicitud de referencia para el especialista que usted pudiera estar visitando.
- Revise nuestra **Lista de medicamentos preferidos** disponible en internet en myuhc.com/CommunityPlan para saber si sus medicamentos tienen cobertura. Si no, su PCP tendrá que obtener la aprobación antes del siguiente re-surtido.
- Regístrese en nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan. Use la herramienta “Find-a-doctor” para localizar a los proveedores que se encuentran cerca de usted.

Los beneficios están sujetos a cambios, por favor revise este manual cuidadosamente antes de hacer una cita y asegúrese de que el PCP que quiere usted visitar está dentro de nuestra red. Si usted tiene preguntas, nuestro departamento de Servicios para Miembros le podrá asistir llamando al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Bienvenido a la familia de UnitedHealthcare y, de nuevo, le agradecemos que sea uno de nuestros miembros.

Atentamente,

UnitedHealthcare Community Plan of Maryland

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

3

Tabla de contenido

Servicios de interpretación y asistencias auxiliares

Los servicios de interpretación están disponibles para todos los miembros de HealthChoice sin importar cuál es su lenguaje nativo. Los servicios de interpretación también proporcionan asistencia para personas que son sordas o que tienen impedimentos del habla.

Para solicitar a un intérprete, llame a los Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes. Las personas que son sordas o que tienen problemas de audición o presentan dificultades para hablar pueden emplear el servicio Maryland Relay Service (**711**). Se requiere de la MCO que proporcione servicios auxiliares sin ningún costo para usted cuando sean solicitados. Las asistencias auxiliares incluyen aparatos para la audición, materiales de escritura y equipo/aparatos modificados.

Si usted necesita servicios de interpretación para una cita médica, contacte a la oficina de su proveedor. Es mejor solicitar los servicios por adelantado para asegurar que hay suficiente tiempo para hacer los arreglos del servicio de interpretación y así evitar un retraso en la obtención de los servicios de los cuidados médicos. En algunos casos, la MCO puede facilitar los servicios de interpretación. Si usted tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Language Assistance Statement

Interpreter Services Are Available for Free

Help is available in your language:

1-800-318-8821, TTY/711

These services are available for free.

Español/Spanish

Hay ayuda disponible en su idioma: **1-800-318-8821: (TTY: 711).**

Estos servicios están disponibles de forma gratuita.

አማርኛ/Amharic

እገዛ በቋንቋዎ ማግኘት ይችላሉ:-: **1-800-318-8821 (TTY: 711) :: እነዚህ**

አገልግሎቶች ያለክፍያ የሚገኙ ነጻ ናቸው

العربية/Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل

برقم **1-800-318-8821 (الهاتف النصي: 711).**

中文/Chinese

用您的语言为您提供帮助: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

فارسی/Farsi

خدمات مترجم همزمان به صورت رایگان در دسترس است. خط تلفن کمک به زبانی که شما صحبت می کنید: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**. این خدمات به صورت رایگان در دسترس هستند.

Français/French

Vous pouvez disposer d'une assistance dans votre langue :

1-800-318-8821: (TTY : 711). Ces services sont disponibles

gratuitement.

ગુજરાતી/Gujarati

તમારી ભાષામાં મદદ ઉપલબ્ધ છે: **1-800-318-8821 (ટીટીવાય: (TTY: 711).**

સેવાઓ મફત ઉપલબ્ધ છે

Kreyòl Ayisyen/Haitian Creole

Gen èd ki disponib nan lang ou: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**.

Sèvis sa yo disponib gratis.

Igbo

E nwere enyemaka di n'asụsụ gi: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**.

A na-enweta ojije ozi ndi a na-akwughị ugwo oḅula maka ya.

한국어/ Korean

사용하시는 언어로 지원해드립니다: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**.

무료로 제공 됩니다

Português/ Portuguese

A ajuda está disponível em seu idioma: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**.

Estes serviços são oferecidos de graça.

Русский/Russian

Помощь доступна на вашем языке: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**.

Эти услуги предоставляются бесплатно.

Tagalog

Makakakuha kayo ng tulong sa inyong wika: **1-800-318-8821:**

(TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

Urdu/اردو

یاد رکھیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ **1-800-318-8821 (TTY: 711)** پر کال کریں۔

Tiếng Việt/Vietnamese

Có hỗ trợ ngôn ngữ của quý vị **1-800-318-8821 (TTY: 711)**. Các dịch

vụ này được cung cấp miễn phí.

Yorùbá/Yoruba

Ìrànlowó wà ní àrówótó ní èdè rẹ: **1-800-318-8821 (TTY: 711)**.

Awon isẹ woyi wa fun ofe.

Bàsòò-wùdù-po-nyò /Bassa

Dè dẹ nià ke dyédé gbo: Ǿ jũ ké m̄ [Bàsó ò -wùdù-po-nyò] jũ ní,

níí, à wuqu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. **Đá 1-800-318-8821**

(TTY: 711).

Tabla de contenido

| | |
|--|-----------|
| 1. Información general de HealthChoice | 8 |
| A. Qué es Medicaid | 8 |
| B. Qué es HealthChoice | 8 |
| C. Cómo puede renovar su cobertura de Medicaid | 9 |
| D. Inscripción a HealthChoice/MCO | 10 |
| E. El proceso de inscripción de HealthChoice | 11 |
| F. Elegibilidad/desinscripción de HealthChoice | 12 |
| G. Actualizando su situación y su información personal | 13 |
| 2. Información importante | 14 |
| A. Información de contacto para HealthChoice y programas del Estado | 14 |
| B. Información de contacto para departamentos de salud locales | 16 |
| 3. Derechos y responsabilidades | 19 |
| A. Como miembro de HealthChoice, usted tiene derecho a: | 19 |
| B. Como un miembro de HealthChoice, usted tiene la responsabilidad de: | 20 |
| C. Declaración acerca de la no discriminación | 21 |
| D. Notificación de prácticas privadas | 23 |
| 4. Beneficios y servicios | 24 |
| A. Beneficios de HealthChoice | 24 |
| B. Servicios de auto-referencia | 34 |
| C. Beneficios y servicios que no ofrece las MCO pero que son ofrecidos por el Estado | 37 |
| D. Servicios adicionales ofrecidos por las MCO y NO por el Estado | 40 |
| E. Beneficios excluidos y servicios no cubiertos por la MCO o por el Estado | 40 |
| F. Cambio de beneficios y localidades de servicio | 41 |
| 5. Información sobre los proveedores | 42 |
| A. Qué es un Proveedor de atención primaria (PCP), especialista y cuidados de especialidad | 42 |
| B. Seleccionando o cambiando proveedores | 42 |
| C. Terminación de un proveedor | 43 |

| | |
|--|------------------|
| 6. Entrando a los cuidados | <u>44</u> |
| A. Para hacer o cancelar una cita | <u>44</u> |
| B. Referencia a un especialista o a cuidados de especialización | <u>44</u> |
| C. Después de las horas hábiles, cuidados urgentes y cuidados en la sala de emergencia | <u>45</u> |
| D. Fuera del área de servicio | <u>47</u> |
| E. Cuidados del bienestar para niños: Healthy Kids/pruebas, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) | <u>47</u> |
| F. Cuidados para el bienestar en adultos | <u>49</u> |
| G. Administración de caso | <u>52</u> |
| H. Cuidados para mujeres durante el embarazo y por un año después del parto | <u>52</u> |
| I. Planificación familiar (control anticonceptivo) | <u>53</u> |
| J. Cuidados dentales | <u>53</u> |
| K. Cuidados de la visión | <u>54</u> |
| L. Educación de la salud/extensión comunitaria | <u>54</u> |
| M. Servicios para la salud del comportamiento | <u>55</u> |
| 7. Servicios especializados | <u>56</u> |
| A. Servicios para grupos especiales de personas | <u>56</u> |
| B. Programa de la administración de casos raros y caros (REM) | <u>60</u> |
| 8. Administración de la utilización | <u>61</u> |
| A. Necesidad médica | <u>61</u> |
| B. Pre-autorización/Aprobación previa | <u>61</u> |
| C. Notificación de la continuación de los cuidados | <u>62</u> |
| D. Coordinación de beneficios — que tiene que hacer si tiene otro seguro | <u>65</u> |
| E. Servicios por fuera de la red | <u>65</u> |
| F. Lista de medicamentos preferidos | <u>66</u> |
| G. Nueva tecnología y Telehealth | <u>66</u> |
| 9. Facturación | <u>67</u> |
| A. Avisos de explicación de beneficios o denegación de pago | <u>67</u> |
| B. Qué debe hacer si recibe una factura | <u>67</u> |

8 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

| | |
|---|-------------------|
| 10. Quejas, reclamaciones y apelaciones | <u>68</u> |
| A. Determinación adversa de beneficios, quejas y reclamaciones | <u>68</u> |
| B. Apelaciones | <u>69</u> |
| C. Cómo presentar una queja, una reclamación o una apelación | <u>70</u> |
| D. Proceso de quejas/apelación del estado | <u>71</u> |
| E. Resoluciones de apelación revocadas | <u>73</u> |
| F. Haciendo sugerencias para cambios en políticas y procedimientos | <u>73</u> |
| 11. Cambiando a su MCO | <u>74</u> |
| A. Durante los primeros 90 días | <u>74</u> |
| B. Una vez cada 12 meses | <u>74</u> |
| C. Cuando hay un motivo aprobado para cambiar de MCO | <u>74</u> |
| D. Cómo cambiar a su MCO | <u>75</u> |
| 12. Reportando el fraude, el desperdicio y el abuso | <u>76</u> |
| A. Tipos de fraude, desperdicio y abuso | <u>76</u> |
| B. Cómo reportar fraude, desperdicio y abuso | <u>77</u> |
| Adenda A – Información de contacto de la organización de atención administrada | <u>78</u> |
| Adenda B – Notificación de póliza de privacidad | <u>79</u> |
| Adenda C – Servicios adicionales ofrecidos por UnitedHealthcare Community Plan | <u>86</u> |
| Adenda CI – Beneficios en un vistazo | <u>88</u> |
| Adenda CII – Requisitos adicionales del plan | <u>92</u> |
| Adenda D – Cuidados para las mujeres embarazadas | <u>96</u> |
| Adenda E – Programas de educación sobre la salud | <u>97</u> |
| Adenda F – Procedimiento de apelaciones/quejas internas de UnitedHealthcare Community Plan | <u>98</u> |
| Adenda G – Directivas anticipadas | <u>101</u> |

1. Información general de HealthChoice

A. Qué es Medicaid

Medicaid, también llamado Asistencia Médica, es un seguro de salud (un programa con cobertura de los gastos en que se incurre cuando se obtienen servicios médicos) que es administrado en cada estado junto con el gobierno federal. El programa Maryland Children’s Health (MCHP), una filial de Medicaid, provee seguro de salud a niños hasta la edad de 19 años. Medicaid provee cobertura para:

- Familias de bajos ingresos;
- Mujeres embarazadas de bajos ingresos;
- Niños de bajo ingresos — las familias que tiene ingresos más altos pueden tener que pagar una prima (cuota mensual);
- Adultos de bajos ingresos; y
- Personas discapacitadas de bajos ingresos.

B. Qué es HealthChoice

HealthChoice es el programa de administración de cuidados de salud en Maryland. El programa HealthChoice provee cuidados de salud a la mayoría de los participantes de Maryland Medicaid. Los miembros de HealthChoice deben inscribirse en una organización para la administración de los cuidados (MCO). Los miembros pueden escoger a su MCO (conocido también como un plan) y obtener también un proveedor de atención primaria (PCP). Un proveedor puede ser un doctor, un asistente de doctor o una enfermera practicante. El PCP supervisa y coordina sus cuidados médicos. Algunos suscriptores de Medicaid no son elegibles para HealthChoice. Ellos recibirán sus beneficios de los cuidados de salud a través del sistema Medicaid pago-por-servicio.

1. Información general de HealthChoice

Las MCO son organizaciones que proveen beneficios para los cuidados de salud a los suscriptores de Medicaid en Maryland. Los beneficios generales para los cuidados de salud incluyen lo siguiente: (vea las páginas 25 – 33 para conocer la lista completa de los beneficios de HealthChoice):

- Servicios de doctores — son servicios provistos por un individuo con licencia para proveer cuidados de salud a pacientes hospitalizados o ambulantes
- Servicios de hospital — son servicios provistos por instituciones con licencia para proveer beneficios a pacientes hospitalizados y ambulantes
- Servicios de farmacia — son servicios que proveen medicamentos de receta y suministros médicos

Las MCO celebra contratos con un grupo de profesionales de los cuidados de salud licenciados o certificados (proveedores), llamado una red, que brindan servicios para los cuidados de salud con cobertura a los suscriptores. Las MCO son responsables para brindar o hacer arreglos para proveer los servicios completos cubiertos por el programa HealthChoice. Hay algunos beneficios por los cuáles no se requiere que su MCO los cubra, pero el Estado los cubrirá.

Los beneficios de HealthChoice están limitado a los residentes de Maryland y generalmente se limitan a los servicios que el estado de Maryland provee. Los beneficios no son transferibles a otros estados. En algunos casos la MCO puede permitirle obtener beneficios en los estados vecinos si el proveedor está cercano y es parte de la red de la MCO.

C. Cómo puede renovar su cobertura de Medicaid

Para mantener HealthChoice, usted debe tener Medicaid. La mayoría de las personas necesitan reinscribirse cada año. Usted recibirá una notificación cuando necesite renovar su solicitud. Para algunas personas, el Estado hace la renovación automáticamente. Usted recibirá una notificación comunicándole que se requiere la renovación. Si usted deja de estar inscrito en Medicaid, el Estado automáticamente lo dará de baja de HealthChoice. Hay varias maneras para renovar Medicaid:

- **HealthChoice Maryland**
 - Personas elegibles para solicitar/renovar a través de Maryland Health Connection:
 - Adultos de menos de 65 años;
 - Parientes que son los padres/asistentes de cuidados;
 - Mujeres embarazadas; y
 - Niños y niños que previamente han vivido en un hogar de acogida.
 - En internet: www.marylandhealthconnection.gov
 - Por teléfono: 1-855-642-8572 (TTY 1-855-642-8573)

1. Información general de HealthChoice

- **myDHR**

- Personas elegibles para solicitar/renovar a través de myDHR:

- Personas de edad avanzada, invidentes o discapacitados (ABD);
- Niños que actualmente viven en un hogar de acogida o en proceso por la corte juvenil;
- Personas que reciben ingresos suplementarios de seguridad social (SSI); y
- Beneficiarios calificados de Medicare (QMB) o Beneficiarios específicos de bajos ingresos en Medicare (SLMB).

- Internet: <https://mydhrbenefits.dhr.state.md.us>

- **Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services – DSS) o el Departamento Social de Salud (Local Health Department – LHD)**

- Todas las personas pueden solicitarlo

- Para contactar al DSS llame 1-800-332-6347

- Para contactar al LHD vea la página 16

D. Inscripción a HealthChoice/MCO

Si usted recibe este manual para miembros de la MCO, indica que está inscrito en HealthChoice. El Estado le envió un paquete de inscripción explicando cómo seleccionar a una MCO. Si usted no escogió una MCO, el Estado le asignó una MCO en su área o automáticamente. Toma de 10 a 15 días después de escoger a una MCO o después que se le ha asignado una para estar inscrito en HealthChoice. Hasta entonces usted puede usar la tarjeta roja y blanco de Medicaid del Estado.

Ahora usted debe emplear su tarjeta de identificación de la MCO cuando quiera obtener servicios. Si la MCO le ha asignado un número diferente, su tarjeta de identificación de Medicaid será también su tarjeta de identificación como miembro de la MCO. El número de teléfono para los Servicios para Miembros de la MCO y el número de la línea de ayuda de HealthChoice (1-800-284-4510) están anotados en su tarjeta. Si usted tiene preguntas, siempre llame primero a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes. Si usted no recibe su tarjeta de identificación como miembro de la MCO o pierde su tarjeta, llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

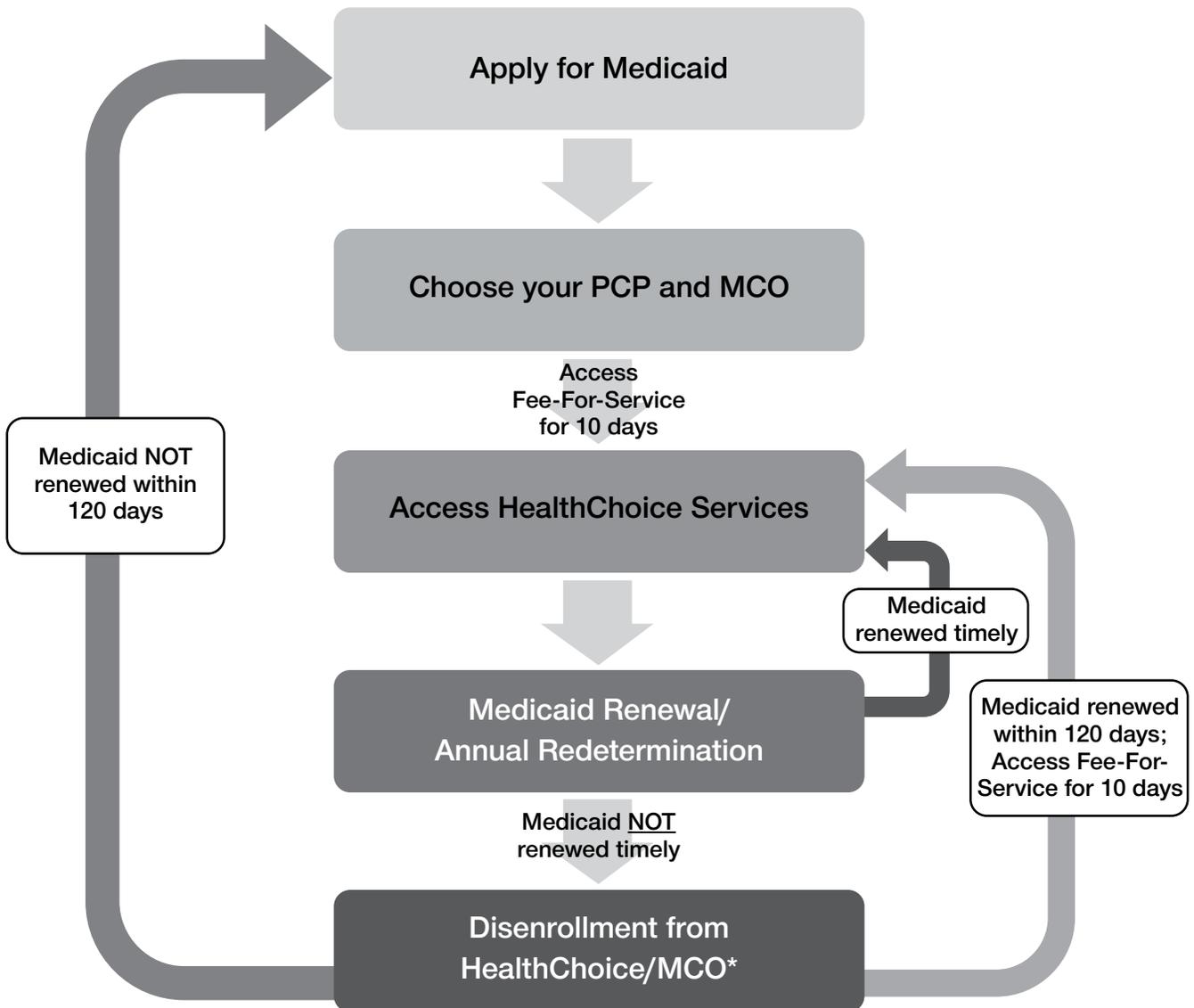
La comunicación es la clave para asegurar que las necesidades de sus cuidados de salud se llenen. Ayude a la MCO para que usted obtenga un mejor servicio. Si usted se inscribió por teléfono o por internet, a usted se le pidió que completara una forma acerca de sus necesidades de servicio para la salud. Esta información ayuda a la MCO a determinar cuáles son los tipos de servicios usted puede necesitar y que tan pronto los va a requerir. Si esta forma no es completada, nosotros haremos esfuerzos para ponernos en contacto con usted para conocer cuáles son sus necesidades.

12 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

1. Información general de HealthChoice

La MCO le asistirá para que reciba los cuidados y servicios que necesita. Si usted mantiene al mismo PCP, pero han pasado más de tres meses desde la última cita, llame por teléfono para conocer cuándo debe tener una cita para un examen del bienestar. Si usted ha seleccionado a un nuevo PCP, haga ahora mismo una cita. Es importante que usted conozca a su PCP. El PCP le ayudará a coordinar sus cuidados y servicios. La MCO le asistirá a recibir las necesidades para sus cuidados y servicios.

E. El proceso de inscripción de HealthChoice



*El Estado lo dará de baja de HealthChoice y de su MCO cuando Medicaid **no** se renueva a tiempo.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 13
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-318-8821, TTY 711.

1. Información general de HealthChoice

F. Elegibilidad/desinscripción de HealthChoice

Usted permanecerá inscrito en el programa HealthChoice y en la MCO a menos que no se reinscriba o que pierda su elegibilidad a Medicaid. Si su programa Medicaid es cancelado, el Estado cancelará su inscripción a la MCO.

Aún si usted califica para Medicaid, hay otras situaciones que pudieran hacer que el Estado cancelara su cobertura de la MCO. Esto sucede cuando:

- Usted cumple 65 años de edad — sin importar si está inscrito en Medicare;
- usted se inscribe antes de cumplir 65 años en Medicare debido a una discapacidad;
- usted se encuentra en una institución de reposo con servicios de enfermería por más de 90 días o ha perdido su cobertura a Medicaid mientras se encontraba en esa institución;
- usted califica para cuidados a largo plazo;
- usted es admitido en una institución de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales;
- usted se encuentra encarcelado (un juez lo ha sentenciado a una cárcel o a una prisión); o
- usted se muda a otro Estado.

Si usted pierde su elegibilidad, pero obtiene de nuevo su cobertura dentro de 120 días, el Estado le re-inscribirá en la misma MCO. Sin embargo, su inscripción a la MCO tomará 10 días antes de ser efectiva. Hasta entonces, usted puede usar su tarjeta roja y blanca de Medicaid si su proveedor la acepta.

Asegúrese siempre que el proveedor acepta su seguro, de otra manera usted puede ser responsable por la factura. También recuerde que Medicaid y HealthChoice son programas operados por el Estado. Ellos no son como el programa Medicare para las personas de edad avanzada y las personas discapacitadas. HealthChoice es solamente aceptado en Maryland y por los proveedores de los estados cercanos, si ellos forman parte de la red de la MCO o cuando sus cuidados son arreglados por la MCO. Aun cuando una compañía de seguros nacional opere una MCO en Maryland, a la MCO se le requiere que solamente cubra los servicios de emergencia cuando usted se encuentre fuera del Estado.

G. Actualizando su situación y su información personal

Usted debe notificar cualquier cambio en su situación o si hay necesidad de hacer correcciones al Estado (en donde solicitó Medicaid, por ejemplo, Maryland Health Connection o el departamento local de los servicios sociales [Department of Social Services] o myDHR, el departamento local de salud [Local Health Department]). Usted debe también mantener informado a su MCO acerca del lugar en donde vive y de cómo pueden contactarlo. Notifique al Estado cuando:

- Su dirección postal cambia. **Si su dirección postal es diferente a la dirección en donde vive, necesitamos conocer la dirección del sitio donde vive**
- Usted se muda. **Recuerde, usted debe ser un residente de Maryland**
- Usted necesita cambiar su nombre o corregir su nombre, la fecha de nacimiento o el número de seguro social
- Sus ingresos aumentan
- Usted se casa o se divorcia
- Usted tiene un bebé, adopta a un niño o pone a un niño para adopción o en una casa de acogida
- Usted gana o pierde dependientes de sus impuestos
- Usted gana o pierde otros seguros de salud
- Su condición de discapacidad cambia
- Usted está involucrado en un accidente o está lesionado y otro seguro o persona puede ser responsable

2. Información importante

A. Información de contacto para HealthChoice y programas del Estado

| Información de ayuda | Número de teléfono | Sitio web |
|---|---|---|
| Inscripción en HealthChoice | 855-642-8572 TDD (para personas con problemas de audición) 800-977-7389 | https://www.marylandhealthconnection.gov |
| Preguntas generales acerca de HealthChoice | 410-767-5800 (local) 800-492-5231 (resto del estado) TDD (para personas con problemas de audición) 800-735-2258 | https://mmcp.health.maryland.gov/healthchoice/Pages/Home.aspx |
| Línea de ayuda de HealthChoice – para problemas y quejas sobre acceso, proceso de inscripción y calidad de la atención | 800-284-4510 | |
| Mujeres embarazadas y planificación familiar | 800-456-8900 | https://mmcp.health.maryland.gov/chp/Pages/Home.aspx |
| Healthy Kids, EPSDT | 410-767-1903 | https://mmcp.dhmf.maryland.gov/epsdt |
| Programa Dental Healthy Smiles | 855-934-9812 | https://mmcp.health.maryland.gov/Pages/maryland-healthy-smiles-dental-program.aspx |

2. Información importante

| Información de ayuda | Número de teléfono | Sitio web |
|--|--|---|
| Programa de Administración de Casos Raros y Caros (REM) — para preguntas sobre referencias, elegibilidad, reclamaciones, servicios | 800-565-8190 | https://mmcp.health.maryland.gov/longtermcare/Pages/REM-Program.aspx |
| Salud mental y desórdenes por uso de sustancias — para referencias, información de proveedores, reclamaciones, preautorización | 800-888-1965 | https://bha.health.maryland.gov/Pages/HELP.aspx |
| Centro de apoyo de Maryland Health Connection | 855-642-8572 TDD (para personas con problemas de audición) 855-642-8573 | www.marylandhealthconnection.gov |

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 17
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY 711.

2. Información importante

B. Información de contacto para departamentos de salud locales

| Condado | Número de teléfono principal | Número de teléfono para transporte | Número de teléfono de la Unidad de Coordinación de Cuidados Administrados (ACCU) | Sitio web |
|------------------|--|------------------------------------|--|---|
| Allegany | 301-759-5000 | 301-759-5123 | 301-759-5094 | http://www.alleganyhealthdept.com/ |
| Anne Arundel | 410-222-7095 | 410-222-7152 | 410-222-7541 | http://www.aahealth.org/ |
| Baltimore City | 410-396-3835 | 410-396-7633 | 410-649-0521 | http://health.baltimorecity.gov/ |
| Baltimore County | 410-887-2243 | 410-887-2828 | 410-887-4381 | http://www.baltimorecountymd.gov/agencies/health |
| Calvert | 410-535-5400 410-269-1051 301-855-1353 | 410-414-2489 | 410-535-5400 ext. 360 | http://www.calverthealth.org/ |
| Caroline | 410-479-8030 | 410-479-8014 | 410-479-8023 | http://dhmh.maryland.gov/carolinecounty |
| Carroll | 410-876-2152 800-966-3877 | 410-876-4813 | 410-876-4940 | http://cchd.maryland.gov/ |
| Cecil | 410-996-5550 | 410-996-5171 | 410-996-5145 | http://www.cecilcountyhealth.org |
| Charles | 301-609-6900 | 301-609-7917 | 301-609-6803 | http://www.charlescountyhealth.org/ |

18 ¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

2. Información importante

| Condado | Número de teléfono principal | Número de teléfono para transporte | Número de teléfono de la Unidad de Coordinación de Cuidados Administrados (ACCU) | Sitio web |
|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|---|
| Dorchester | 410-228-3223 | 410-901-2426 | 410-228-3223 | http://www.dorchesterhealth.org/ |
| Frederick | 301-600-1029 | 301-600-1725 | 301-600-3341 | http://health.frederickcountymd.gov/ |
| Garrett | 301-334-7777 | 301-334-9431 | 301-334-7695 | http://garrettthealth.org/ |
| Harford | 410-838-1500 | 410-638-1671 | 410-942-7999 | http://harfordcountyhealth.com/ |
| Howard | 410-313-6300 | 877-312-6571 | 410-313-7567 | https://www.howardcountymd.gov/Departments/Health |
| Kent | 410-778-1350 | 410-778-7025 | 410-778-7035 | http://kenthd.org/ |
| Montgomery | 311 o 240-777-0311 | 240-777-5899 | 240-777-1648 | http://www.montgomerycountymd.gov/hhs/ |
| Prince George's | 301-883-7879 | 301-856-9555 | 301-856-9550 | http://www.princegeorgescountymd.gov/1588/Health-Services |
| Queen Anne's | 410-758-0720 | 443-262-4462 | 443-262-4481 | www.qahealth.org/ |

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 19
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY 711.

2. Información importante

| Condado | Número de teléfono principal | Número de teléfono para transporte | Número de teléfono de la Unidad de Coordinación de Cuidados Administrados (ACCU) | Sitio web |
|------------|------------------------------|------------------------------------|--|---|
| St. Mary's | 301-475-4330 | 301-475-4296 | 301-475-6772 | http://www.smchd.org/ |
| Somerset | 443-523-1700 | 443-523-1722 | 443-523-1766 | http://somersethealth.org/ |
| Talbot | 410-819-5600 | 410-819-5609 | 410-819-5654 | http://talbothealth.org |
| Washington | 240-313-3200 | 240-313-3264 | 240-313-3290 | http://dhmh.maryland.gov/washhealth |
| Wicomico | 410-749-1244 | 410-548-5142 Opción #1 | 410-543-6942 | https://www.wicomicohealth.org/ |
| Worcester | 410-632-1100 | 410-632-0092 | 410-632-9230 | http://www.worcesterhealth.org/ |

3. Derechos y responsabilidades

A. Como miembro de HealthChoice, usted tiene derecho a:

- Recibir cuidados y servicios de salud que sean culturalmente competentes y libres de discriminación.
- Que lo traten con respeto y dignidad.
- Recibir información, incluyendo información sobre opciones de tratamiento y alternativas de manera tal que usted puede comprenderlas.
- Participar en decisiones relacionadas a la atención de su salud, incluyendo el derecho a rechazar tratamiento.
- Encontrarse libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se use como método de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que sean enmendados o corregidos según lo permitido.
- Solicitar gratuitamente copias de todos los documentos, récords y otras informaciones que hayan sido empleadas en la determinación adversa de un beneficio.
- Ejercer sus derechos y que ese ejercicio de esos derechos no afecte adversamente la forma en que usted es tratado por la organización que administra sus cuidados (MCO), sus proveedores o el Departamento de Salud de Maryland (Maryland Department of Health).
- Presentar apelaciones y quejas ante la Organización de Administración de sus Cuidados.
- Presentar apelaciones, quejas y Audiencias Imparciales del Estado.
- Solicitar que los beneficios actuales continúen durante la apelación o la audiencia imparcial del Estado, sin embargo, usted puede tener que cubrir los costos por la continuación de dichos beneficios si la decisión que se tomó se mantiene en la apelación o audiencia.
- Recibir una segunda opinión de otro doctor dentro del mismo MCO, o por un doctor proveedor por fuera de la red, si el proveedor dentro de la red no se encuentra disponible, o si usted no está de acuerdo con la opinión de su doctor acerca de los servicios que usted necesita. Contacte a su MCO para que se le ayude en esta situación.
- Recibir otra información acerca de cómo es la estructura y operación de la MCO y también acerca de los planes de incentivo para los doctores. Usted puede solicitar esta información llamando a su organización de la administración de sus cuidados.

3. Derechos y responsabilidades

- Recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

B. Como un miembro de HealthChoice, usted tiene la responsabilidad de:

- Informar a su proveedor y la MCO si usted tiene alguna otra cobertura de seguro de salud.
- Tratar al personal de HealthChoice, al personal de MCO y a los proveedores de los cuidados de salud y al personal que labora con ellos con respeto y dignidad.
- Llegar a sus citas a tiempo y notificar a los proveedores tan pronto como sea posible si usted necesita cancelar una cita.
- Mostrar su tarjeta como miembro cuando llega a cada una de sus citas. Nunca permita que alguien más use su tarjeta de Medicaid o de la MCO. Reporte la pérdida o robo de sus tarjetas de identificación a la MCO.
- Llamar a la MCO si tiene un problema o una queja.
- Trabajar con su proveedor de atención primaria (PCP) para crear y seguir un plan de cuidados con el cual usted y su proveedor están de acuerdo.
- Hacer preguntas acerca de sus cuidados e informe a su proveedor si hay algo que usted no entiende.
- Entender sus problemas de salud y trabajar con su proveedor para crear metas de tratamiento mutuamente acordadas que usted seguirá.
- Mantener actualizada su información con el Estado si hay cambios acerca de su situación.
- Comunicar a la MCO y a sus proveedores la información de salud correcta para que se le brinden los cuidados apropiados.
- Usar las salas de emergencias exclusivamente para emergencias.
- Informar a su PCP tan pronto como sea posible después de recibir cuidados de emergencia.
- Informar a sus cuidadores sobre cualquier cambio en su Directiva Anticipada.

C. Declaración acerca de la no discriminación

La política de todos las MCO de HealthChoice es la de no discriminar en bases de su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. La MCO ha adoptado procedimientos internos para las quejas que facilitan una resolución pronta y justa acerca de las quejas en contra de posibles acciones prohibidas por la Sección 1557 del Acta de Asequible Cuidados (42 U.S.C. 18116) y sus regulaciones de implementación en 45 CFR parte 92, emitido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services). La Sección 1557 prohíbe la discriminación en bases de su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en ciertos programas de salud y actividades. La Sección 1557 y sus regulaciones de implementación pueden ser examinadas en la oficina de cada coordinador que haya sido designado para coordinar los esfuerzos de cada MCO para el cumplimiento de lo estipulado en la Sección 1557.

Cualquier persona que considere que alguien haya sido discriminado en bases de su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad puede presentar una queja bajo los lineamientos del procedimiento mencionado. Es contra la ley que una MCO tome represalias en contra de cualquier persona que se oponga a la discriminación o que presente una queja o que participe en la investigación de una queja presentada.

Usted puede enviar una queja a:

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

Procedimientos:

- Las quejas deben ser presentadas al coordinador de la Sección 1557 dentro de los primeros 60 días después que la persona que presenta la queja tomó conocimiento del o de los posibles actos discriminatorios.
- Una queja debe hacerse por escrito y contener el nombre y dirección de la persona que presenta la queja. La queja debe declarar el problema y las posibles acciones discriminatorias, así como la reparación deseada para estos hechos.

3. Derechos y responsabilidades

- El coordinador de la Sección 1557 (o la persona designada) deberá conducir una investigación de la queja. Esta investigación puede ser informal, pero debe ser exhaustiva, permitiendo a todas las personas interesadas una oportunidad para presentar evidencia relevante acerca de la queja. Los coordinadores de la Sección 1557 deberán de mantener expedientes y récords relacionados a tales quejas. Hasta donde sea posible y de acuerdo a las leyes que vienen al caso, el coordinador de la Sección 1557 tomará los pasos apropiados para preservar la confidencialidad de expedientes y récords relativos a esta queja y solo divulgará su contenido a personas con necesidad de su conocimiento.
- Los coordinadores de la Sección 1557 emitirán una decisión por escrito acerca de la queja, basada en la preponderancia de la evidencia, no más tarde de 30 días después que se haya presentado la queja, incluyendo una notificación para la persona que presentó la queja relativa a los derechos que tiene para proseguir con medidas adicionales administrativas o legales acerca de su queja.

La disponibilidad y uso de este procedimiento para la presentación de quejas no previene a la persona presentando la queja el proceder por otros medios legales o administrativos en la búsqueda de una resolución, incluyendo la presentación de una queja basada en su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. En la corte o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights.) Cualquier persona puede presentar una queja por discriminación electrónicamente a través del portal de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW Room 509F,
HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Las formas para presentar quejas pueden obtenerse en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Este tipo de quejas debe presentarse dentro de los primeros 180 días después de la fecha en que se sucedieron los posibles actos de discriminación.

UnitedHealthcare Community Plan hará los arreglos correspondientes para asegurar que a las personas con discapacidades y a aquellas personas con limitado dominio del idioma inglés se les proporcione artículos y servicios como una asistencia extra y con servicios y asistencia con el idioma respectivamente, en el caso en que sea necesaria su participación en el proceso de su queja. Tales arreglos pueden incluir, pero no estar limitados a, intérpretes, material para la grabación de voz (grabadoras y casetes) para las personas con discapacidades visuales, o localidades de los procedimientos libres de barreras de acceso. El coordinador de la Sección 1557 será responsable para llevar a cabo todos estos arreglos.

24 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

D. Notificación de prácticas privadas

El Acta de Portabilidad y Responsabilidad de los seguros para la salud (HIPAA) requiere que la MCO y proveedores reporten sus prácticas privadas a sus miembros. La notificación de las prácticas privadas les informa a todos los miembros de sus derechos a la privacidad, así como el acceso y divulgación de su información de salud protegida (PHI). Ejemplos de PHI incluyen los récords médicos, las facturas y reclamaciones médicas y los récords del plan de salud. Si usted piensa que sus derechos a la privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con su proveedor, la MCO o ante el departamento de Salud y Servicios Humanos de los U.S. (U.S. Department of Health and Human Services).

Para presentar una queja, vea la información a continuación:

- Proveedor: Llame a la oficina de su proveedor
- MCO: Llame a los Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes
- El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los (U.S. Department of Health and Human Services)
 - Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
 - Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
 - Por escrito a:
Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

Vea la **Adenda B** para las Notificaciones de prácticas de privacidad de la MCO.

4. Beneficios y servicios

A. Beneficios de HealthChoice

Esta tabla presenta los beneficios básicos que todas las MCO deben ofrecer a los miembros de HealthChoice. Revise cuidadosamente la tabla, ya que algunos beneficios tienen límites, usted puede tener que tener ciertas edades o ciertos tipos de problemas. Excepto por los copagos de farmacia (la cantidad que un miembro paga por un servicio de los cuidados de salud), usted no debe nunca pagar por ninguno de estos cuidados para la salud. Su PCP le ayudará a coordinar estos beneficios para llenar de la mejor manera posible sus necesidades de los cuidados para la salud. Usted recibirá la mayoría de estos beneficios de proveedores que participan en la red de las MCO (proveedores participantes) o usted necesitará una referencia para tener acceso a ellos. Hay algunos servicios y beneficios que usted puede recibir de proveedores que no participan con su MCO (proveedores no participantes) y que no requieren de una referencia. Esos servicios se conocen como servicios auto-referidos.

Las MCO pueden exentar los copagos de farmacia y ofrecer beneficios adicionales, tales como servicios dentales para adultos y más frecuentemente exámenes de los ojos. (Vea la Adenda C). A esos se les llama beneficios opcionales y cambian cada año. Si usted tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

4. Beneficios y servicios

| Beneficio | Qué es | Quién puede obtenerlo | Qué cosas <u>no</u> recibe con este beneficio |
|--|--|--|---|
| <p>Servicios de atención primaria</p> | <p>Estos son todos los servicios de salud básicos que necesita para atender sus necesidades de salud generales, que generalmente le proporciona su proveedor de atención primaria (PCP). Un PCP puede ser un médico, una enfermera de práctica avanzada, o un asistente al médico.</p> | <p>Todos los miembros.</p> | |
| <p>Servicios de Pruebas, Diagnóstico y Tratamientos Tempranos y Periódicos (EPSDT) para niños</p> <p>http://mmcp.dhmf.maryland.gov/epsdt</p> | <p>Revisiones regulares de atención preventiva para niños, vacunaciones, pruebas para detectar problemas de desarrollo y consejos de bienestar. Lo que se requiera para atender a los niños enfermos o mantener sanos a los que lo están.</p> | <p>Menores de 21 años.</p> | |
| <p>Servicios relacionados con el embarazo</p> | <p>Atención médica durante y después del embarazo, incluyendo estadías en el hospital, ayuda de comadronas y, cuando sea necesario, visitas a domicilio después del parto.</p> | <p>Las mujeres embarazadas y durante un año después del parto.</p> | |

4. Beneficios y servicios

| Beneficio | Qué es | Quién puede obtenerlo | Qué cosas <u>no</u> recibe con este beneficio |
|-------------------------------------|--|------------------------------|---|
| Planificación familiar | Visitas al consultorio médico para planificación familiar, exámenes de laboratorio, píldoras y dispositivos anticonceptivos (incluye preservativos de látex y anticonceptivos de emergencia de la farmacia, sin receta médica) y esterilizaciones permanentes. | Todos los miembros. | |
| Servicios de salud mental primarios | Son los servicios de salud mental básicos que le proporciona su PCP u otro proveedor en la red de la MCO. Si se requiere algo más que los servicios básicos, su PCP lo enviará o usted puede llamar al Sistema Público de Salud del Comportamiento al 1-800-888-1965 para obtener servicios de salud mental especializados. | Todos los miembros. | La MCO no le ofrece servicios de salud mental especializados. Para el tratamiento de problemas emocionales graves, como la esquizofrenia, su PCP o especialista lo enviará a o usted puede llamar al Sistema Público de Salud del Comportamiento al 1-800-888-1965 . |

4. Beneficios y servicios

| Beneficio | Qué es | Quién puede obtenerlo | Qué cosas <u>no</u> recibe con este beneficio |
|--|---|--|--|
| Cobertura de medicamentos de receta (Servicios de farmacia) | Cobertura de medicamentos de receta Incluyen medicamentos de receta (un medicamento surtido solamente con una receta de una persona autorizada para prescribirla), insulina, agujas y jeringas, píldoras y dispositivos anticonceptivos, aspirina recubierta para la artritis, comprimidos de hierro (sulfato ferroso) y vitaminas masticables para niños menores de 12 años. Usted también puede obtener condones de látex y anticonceptivos de emergencia de una farmacia sin una orden médica. | Todos los miembros. No hay copagos para niños menores de 21 años, mujeres embarazadas, personas en instituciones residenciales o en centros para enfermos terminales, o para control de la natalidad. | |
| Servicios de especialistas | Servicios de atención de la salud especializados que proporcionan médicos, personal de enfermería de práctica avanzada o asistentes de doctores especialmente capacitados. Para ver a un especialista, probablemente necesite que lo envíe su PCP. | Todos los miembros. | |
| Servicios de laboratorio y de diagnóstico | Exámenes de laboratorio y radiografías para ayudar a encontrar la causa de una enfermedad. | Todos los miembros. | |

4. Beneficios y servicios

| Beneficio | Qué es | Quién puede obtenerlo | Qué cosas <u>no</u> recibe con este beneficio |
|---|---|--|---|
| Servicios de atención de la salud a domicilio | Servicios de atención de la salud a domicilio, incluyendo atención de apoyo a la salud en el hogar y de enfermería. | Aquellos que necesitan atención de enfermería especializada (cuidados por o bajo la supervisión de una enfermera registrada) en el hogar, generalmente después de haber estado en el hospital. | Ningún servicio de cuidado personal (ayuda con las actividades cotidianas). |

4. Beneficios y servicios

| Beneficio | Qué es | Quién puede obtenerlo | Qué cosas <u>no</u> recibe con este beneficio |
|--------------------------------|--|--|--|
| Administración de casos | <p>Para ayudarle a planear y obtener los servicios de atención médica que necesita, se le puede asignar un administrador de casos. El administrador de caso mantiene el récord de los servicios que se necesitan y de cuales han sido provistos. Usted debe comunicarse con el administrador de caso para tener una administración de caso efectiva.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Niños con necesidades de atención de salud especiales; 2. Mujeres embarazadas y en un período de posparto; 3. Personas con VIH/SIDA; 4. Personas sin hogar; 5. Personas con discapacidades físicas o del desarrollo; 6. Niños bajo un cuidado supervisado por el estado. 7. Administración de caso proporcionada por la MCO para otros miembros cuando sea necesaria. | |
| Atención de la diabetes | <p>Equipos médicos, suministros y servicios especiales para los miembros con diabetes.</p> | <p>Los miembros que tienen un diagnóstico de diabetes.</p> | |

4. Beneficios y servicios

| Beneficio | Qué es | Quién puede obtenerlo | Qué cosas <u>no</u> recibe con este beneficio |
|---------------------------------------|---|--|---|
| Programa de prevención de la diabetes | Un programa para prevenir la diabetes en los miembros que están en riesgo. | Miembros de 18 a 64 años de edad que tienen sobrepeso y niveles elevados de glucosa en la sangre o antecedentes de diabetes durante el embarazo. | No es elegible si ha sido diagnosticado previamente con diabetes o si está embarazada. |
| Servicios de podiatra | Cuidados de los pies cuando sea médicamente necesario. | Todos los miembros. | Cuidados de los pies de rutina; a menos que usted tenga menos de 21 años de edad, tenga diabetes o enfermedad vascular afectando las extremidades inferiores. |
| Atención de la vista | <p>Exámenes de la vista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Menos de 21 años:</u> Un examen al año. • <u>21 años y más:</u> un examen cada dos años. <p>Anteojos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menores de 21 años: Un par de anteojos cada año. • Lentes de contacto si existe razón médica por la cual los anteojos comunes no servirían. | <p>Exámenes — todos los miembros.</p> <p>Anteojos y lentes de contacto — los miembros menores de 21 años.</p> | Más de un par de anteojos por año, salvo que se extravíen, se los roben o se requiera una graduación nueva. |

4. Beneficios y servicios

| Beneficio | Qué es | Quién puede obtenerlo | Qué cosas <u>no</u> recibe con este beneficio |
|--|--|--|--|
| Equipos de oxígeno y respiratorios | Tratamiento de ayuda para problemas respiratorios. | Todos los miembros. | |
| Servicios hospitalarios | Servicios y cuidados recibidos para admisiones programadas o no programadas, para estadías como paciente hospitalizado (hospitalización). | Todos los miembros con autorización o como una emergencia. | |
| Cuidados de hospital para pacientes ambulatorios | Servicios y cuidados recibidos de un hospital ambulatorio que no requieren ingreso al hospital. Los servicios incluirían servicios de diagnóstico y de laboratorio, visitas médicas y procedimientos ambulatorios autorizados. | Todos los miembros. | Las MCO no están requeridas a cubrir los servicios de observación hospitalaria más allá de las 24 horas. |
| Cuidados de emergencia | Servicios y atención recibidos de una instalación de emergencia de un hospital para tratar y estabilizar una condición médica de emergencia. | Todos los miembros. | |
| Cuidados urgentes | Servicios y cuidados recibidos de un centro de atención de urgencia para tratar y estabilizar una necesidad médica urgente. | Todos los miembros. | |

4. Beneficios y servicios

| Beneficio | Qué es | Quién puede obtenerlo | Qué cosas <u>no</u> recibe con este beneficio |
|--|--|---|--|
| Cuidados de hospicio | Servicios domiciliarios o de hospitalización diseñados para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de las personas con enfermedades terminales. | Todos los miembros. | |
| Centro de enfermería/ Hospital para atención de enfermedades crónicas | Cuidado de enfermería especializada o tratamiento de rehabilitación hasta 90 días. | Todos los miembros. | |
| Servicios/ aparatos de rehabilitación | Servicios dispositivos ambulatorios que ayudan a un miembro a funcionar para la vida diaria. Los servicios incluyen: terapia física, ocupacional y del habla. | Miembros mayores de 21 años. Los miembros menores de 21 años son elegibles bajo EPSDT (ver Sección 6 E). | |
| Servicios/ aparatos de habilitación | Servicios dispositivos que ayudan a un miembro a funcionar para la vida diaria. Los servicios incluyen: terapia física, ocupacional y del habla. | Miembros elegibles; los beneficios pueden ser limitados. | |
| Audiología | Evaluación y tratamiento de la pérdida de audición. | Todos los miembros. | Los miembros mayores de 21 años deben cumplir ciertos criterios para dispositivos auditivos. |

4. Beneficios y servicios

| Beneficio | Qué es | Quién puede obtenerlo | Qué cosas <u>no</u> recibe con este beneficio |
|---|--|--|--|
| Sangre y hemoderivados | La sangre que se utiliza durante una operación, etc. | Todos los miembros. | |
| Diálisis | Tratamiento para la enfermedad renal. | Todos los miembros. | |
| Equipo Médico Durable (DME) y Suministros Médicos Desechables (DMS) | DME (puede usarse repetitivamente) son objetos como muletas, caminadoras y sillas de ruedas. DMS (cosas que no pueden usarse repetitivamente) son equipo y suministros que no tienen un uso práctico en la ausencia de enfermedad, lesión, discapacidad o condiciones de salud. DMS son cosas como suministros como lancetas, apósitos para heridas y suministros para la incontinencia. | Todos los miembros. | |
| Trasplantes | Trasplantes médicamente necesarios. | Todos los miembros. | Ningún trasplante experimental. |
| Ensayos clínicos | Costos de los afiliados para realizar ensayos a fin de probar la eficacia de nuevos tratamientos o fármacos. | Miembros con enfermedades que ponen en peligro la vida con autorización. | |
| Cirugía plástica y restaurativa | Cirugía para corregir una deformidad por una enfermedad, trauma, anomalías congénitas o del desarrollo o para restaurar funciones corporales. | Todos los miembros. | Cosmetic surgery to make you look better. |

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 35
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-318-8821, TTY 711.

4. Beneficios y servicios

B. Servicios de auto-referencia

Usted consultará con su PCP para la mayoría de sus cuidados de salud o su PCP le referirá a una consulta con un especialista que trabaja dentro de la misma MCO. Para algunos tipos de servicio, usted puede escoger a un proveedor local que no participe con su MCO. La MCO pagará al proveedor no participante por servicios si el proveedor está de acuerdo en verle a usted y aceptar el pago de la MCO. Los servicios que trabajan de esa manera se les conocen como “servicios auto-referidos”. La MCO también pagará por cualquier trabajo relacionado a laboratorios y medicamentos recibidos en el mismo sitio en donde usted tuvo su visita auto-referida. Los siguientes servicios son auto-referidos

- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Embarazos bajo ciertas condiciones y centros de parto
- Revisión por un doctor del bebé recién nacido
- Centros de Salud basados en la escuela
- Evaluación para la colocación en hogares de acogida
- Ciertos especialistas para niños
- Evaluación de diagnóstico para personas con SIDA/VIH
- Diálisis renal
- Exámenes de laboratorio para detectar COVID-19

Servicios de emergencia

Una emergencia está considerada como una condición médica que ocurre súbitamente, es seria y pone en peligro su salud si no se reciben de inmediato cuidados médicos. Usted no necesita pre-autorizaciones o referencias de parte de su doctor para recibir cuidados de emergencia. Los servicios de emergencia son servicios para los cuidados de salud que se proveen en una institución de emergencia dentro de un hospital debido a los resultados de una condición médica de emergencia. Después de que usted ha sido tratado o estabilizado por la condición médica de emergencia, es posible que usted necesite servicios adicionales que aseguren que la condición de emergencia no suceda de nuevo. A esto se le llama servicios de post-estabilización.

Servicios de planificación familiar (control anticonceptivo)

Si usted opta por esos servicios, puede consultar con un proveedor que no pertenece a su MCO para los servicios de planificación familiar. La planificación familiar incluye servicios como los aparatos y suministros anticonceptivos, pruebas de laboratorio y las visitas médicas necesarias. La esterilización voluntaria es un servicio de planificación familiar, pero NO es un servicio auto-referido. Si usted necesita de una esterilización voluntaria, necesitará una pre-autorización de su PCP y debe usar a un proveedor participante con la red de la MCO.

36 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

Servicios de embarazo

Si usted estaba embarazada cuando se suscribió a la MCO y ha estado siendo tratada por un proveedor no participante o por lo menos ha tenido una revisión prenatal completa, usted podrá escoger continuar con ese participante durante todo el transcurso de su embarazo y para el seguimiento hasta un año después a partir de la fecha en que el bebé nació todo el tiempo que el proveedor no participante esté de acuerdo en continuar asistiéndole. La ayuda de comadronas está disponible para visitas prenatales, asistencia durante el trabajo de parto y en el parto, y visitas posparto. También tiene acceso a servicios de visita a domicilio. Los servicios de visita a domicilio ofrecen ayuda a mujeres embarazadas durante el embarazo y el nacimiento del bebé, así como también ayuda para los padres y los hijos durante el periodo posparto y hasta los dos o tres años de edad. Los servicios de visita a domicilio incluyen visitas a domicilio prenatales, visitas a domicilio posparto y visitas a domicilio para los bebés.

Centros de parto

Los servicios dispensados en un centro de parto, incluyendo un centro de parto ubicado en un estado contiguo (un estado localizado junto a Maryland).

Primera revisión del bebé antes de salir del hospital

Es mejor seleccionar a un proveedor para su bebé antes del parto. Si el proveedor que usted seleccionó u otro proveedor dentro de la red de la MCO no revisan a su bebé antes de que salgan del hospital, la MCO pagará por la revisión del bebé por otro proveedor que es llamado para revisar al bebé en el hospital.

Servicios del centro de salud escolar

Para los niños inscritos en escuelas que tienen un centro de salud, hay un cierto número de servicios que pueden recibir en ese centro de salud. Su hijo igualmente será asignado a un PCP. Los servicios incluyen los siguientes:

- Visitas al consultorio y tratamiento de enfermedades físicas graves o urgentes, incluyendo los medicamentos necesarios;
- seguimiento a las visitas de EPSDT, cuando sea necesario; y
- servicios de planificación familiar auto-referidos (anotados arriba).

Revisiones para los niños que entran en custodia del Estado

Los niños que entran a los cuidados de colocación temporal familiar tienen que recibir una revisión dentro de los primeros 30 días. Los padres de acogida deben escoger a un proveedor conveniente para esta vista de auto-referencia.

4. Beneficios y servicios

Ciertos proveedores para niños con necesidades de atención de salud especiales

Los niños con necesidades de atención de salud pueden auto-referirse a proveedores fuera de la red de la MCO (proveedores no-participantes) bajo ciertas condiciones. La auto-referencia de niños con necesidades especiales tiene como fin asegurar la continuidad de los cuidados y para asegurar que los planes de cuidados apropiados están vigentes. La auto-referencia de niños con necesidades especiales de cuidados dependerá de si dichas condiciones son diagnosticadas antes o después de la inscripción inicial del niño en una organización de cuidados administrados (MCO). Los servicios médicos directamente relacionados con la condición médica de un niño o niña con necesidades especiales pueden obtenerse fuera de la red sólo si se cumplen las siguientes condiciones específicas:

- **Nuevo afiliado:** Un niño o niña que al momento de la afiliación inicial recibía estos servicios como parte de un plan de atención ya en marcha puede continuar recibiendo estos servicios especiales siempre y cuando el proveedor preexistente no participante en la red nos envíe el plan de atención para su revisión y aprobación dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha de inscripción. Los servicios a aprobarse deben ser médicamente necesarios.
- **Afiliado establecido:** Niños ya inscritos en una MCO cuando se les diagnostica una necesidad de atención de salud especial que requiere un plan de atención que incluye tipos de servicios específicos puede solicitar un proveedor específico fuera de la red. La MCO tiene la obligación de conceder esta solicitud, a menos que exista un proveedor especialista dentro de la red y local con la misma capacitación profesional y experiencia, que esté razonablemente disponible y proporcione los mismos servicios.

Evaluación de los servicios de diagnóstico (DES)

Si usted padece de SIDA/VIH usted puede tener una visita anual para recibir servicios de diagnóstico y evaluación (DES). Los servicios DES consisten de una evaluación médica y psicológica. Usted debe seleccionar un proveedor DES de una lista de localidades aprobadas, pero el proveedor no tiene que ser un participante con su MCO. La MCO es responsable de asistirle a usted con este servicio. El Estado y no su MCO pagarán por las pruebas sanguíneas relacionadas al SIDA/VIH.

Diálisis renal

Si usted tiene una enfermedad renal que requiere que su sangre sea filtrada regularmente, usted puede seleccionar a un proveedor de diálisis renal. Usted tiene la opción de escoger a un proveedor participante con su MCO o un proveedor que no participe con su MCO. Personas con la necesidad de este servicio pueden ser elegibles para el programa Administración de Casos Infrecuentes y Costosos (REM).

Si la MCO niega, reduce o termina los servicios, usted puede presentar una apelación.

Vea la **Adenda I** para conocer más detalles de las auto-referencias.

38 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

C. Beneficios y servicios que no ofrece las MCO pero que son ofrecidos por el Estado

Estos son beneficios y servicios que no está cubiertos por la MCO. Si usted necesita estos servicios, puede obtenerlos del Estado usando su tarjeta roja y blanca de Asistencia médica o su tarjeta dental. Si tiene preguntas acerca de cómo obtener estos servicios, llame a la Línea de ayuda de HealthChoice (1-800-284-4510).

| Beneficio | Descripción |
|---|---|
| Servicios dentales para niños menores de 21 años jóvenes que habían sido residentes de un hogar de acogida y mujeres embarazadas | Se ofrecen servicios dentales generales que incluyen tratamiento regular o de emergencia. Los servicios dentales son provistos por el programa dental Maryland Healthy Smiles administrado por Scion. Si usted es elegible para el Programa de servicios dentales, recibirá información y una tarjeta dental de Scion. Si no ha recibido su tarjeta de identificación dental o tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame al programa dental Maryland Healthy Smiles al 1-855-934-9812 . |
| Terapia ocupacional, física y del habla para niños menores de 21 años | El Estado paga por estos servicios si son necesarios según criterio médico. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor, puede llamar a la Línea Directa del Estado al 1-800-492-5231 . |
| Aparatos para aumentar el sonido del habla | Equipo que permite a las personas con discapacidad del habla comunicarse. |
| Servicios especializados de salud de comportamiento | Los servicios para el trastorno del uso de sustancias y de salud mental especializados se proporcionan a través del Sistema Público de Salud del Comportamiento. Puede contactarlos llamando al 1-800-888-1965 . |
| Servicios de una institución de cuidados intermediados (ICF) — Servicios para retraso mental (MR) | Este es un tratamiento en una institución para los cuidados de salud para personas con una discapacidad intelectual y que necesitan este nivel de cuidados. |

4. Beneficios y servicios

| Beneficio | Descripción |
|---|--|
| Servicios de atención personal especializados | Esto es ayuda especializada con las actividades diarias. |
| Servicios de atención médica de día | Esto es ayuda para mejorar las habilidades vitales cotidianas en un centro con licencia del Estado o departamento de salud local, que incluye servicios médicos y sociales. |
| Servicios en instituciones residenciales y atención a largo plazo | La MCO no cubre los cuidados de salud en una casa de reposo, hospital de rehabilitación crónica u hospitales crónicos después de 90 días. Si usted pierde su cobertura para Medicaid mientras se encuentra en una institución de reposo con servicios de enfermería, no va a ser re-inscrito en la MCO. Si esto sucede, usted necesitará solicitar la inscripción a Medicaid bajo las reglas de cobertura de cuidados a largo plazo. Si usted todavía llena los requisitos del Estado después de haber sido dado de baja de la MCO o después de que la MCO ha pagado los primeros 90 días, el Estado será responsable. |
| VIH/SIDA | Ciertos servicios de diagnóstico para el VIH/SIDA los paga el estado (prueba de carga viral, pruebas genotípica y fenotípica u otras pruebas de resistencia del VIH/SIDA). |
| Servicios para el aborto | <p>Este procedimiento médico para poner término a ciertos tipos de embarazos está cubierto por el estado solamente si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente probablemente tendría serios problemas de salud físicos o mentales o pudiera morir en caso de tener el bebé; • La paciente quedó embarazada por violación o incesto y denunció el delito; o • El bebé tendrá problemas de salud muy serios. <p>Las mujeres elegibles para la cobertura de HealthChoice sólo por su embarazo no son elegibles para servicios de aborto.</p> |

| Beneficio | Descripción |
|---------------------------------------|---|
| <p>Servicios de transporte</p> | <p>Transporte médico de emergencia: Estos son los servicios médicos cuando se transporta a un miembro a una institución para los cuidados de salud en respuesta a una llamada al 911. Este servicio es provisto por estaciones de bomberos locales. Si tiene una condición médica de emergencia, llame al 911.</p> <p>Transporte médico para situaciones que no son emergencias: A las MCO no se les requiere que proporcionen transporte para las visitas médicas que no sean de emergencia. La excepción es cuando a usted se le manda a un condado lejano para obtener tratamiento que podía obtener en un condado más cercano.</p> <p>Ciertas MCO pueden proveer algunos servicios de transporte para las citas médicas, tales como fichas para autobuses, servicios de camionetas y taxis. Llame a su MCO para conocer si se proveen cualquier clase de servicios de transporte.</p> <p>Los departamentos locales de salud (LHD) proveen transporte médico a personas que califican para situaciones que no son emergencias. Las transportaciones que se proveen son solamente para servicios cubiertos por Medicaid. La transportación a través de LHD es exclusiva para personas que no tienen otras formas para ir a sus citas médicas. Si usted selecciona a la MCO que no se ofrece en su área de servicio, ambas, LHD y MCO, no tienen que proveer servicios de transporte para situaciones médicas que no sean emergencias.</p> <p>Para obtener asistencia con la transportación de parte de su departamento local de salud, llame al programa de transportación del departamento de salud.</p> |

4. Beneficios y servicios

D. Servicios adicionales ofrecidos por las MCO y NO por el Estado

Al principio de cada año, las MCO deben comunicarle al Estado si ellos ofrecerán nuevos servicios. Los servicios adicionales son también llamados beneficios opcionales. Esto significa que a una MCO no se le requiere que ofrezca esos beneficios y que el Estado no los cubre. Si alguna vez hay un cambio en el (los) servicio(s) adicional(es) de la MCO, usted será informado por escrito. Sin embargo, si la MCO cambia o deja de ofrecer servicios adicionales, no es una razón aprobada para cambiar de MCO. Servicios opcionales y limitaciones en cada servicio pueden variar de entre las diferentes MCO existentes. El transporte a servicios opcionales puede o no ser provista por la MCO. Para conocer los servicios opcionales y las limitaciones ofrecidas por su MCO, vea la **Adenda C** o llame a los Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Vea la **Adenda C** para obtener detalles acerca de los servicios adicionales.

E. Beneficios excluidos y servicios no cubiertos por la MCO o por el Estado

Abajo se anotan los beneficios y servicios que la MCO y el Estado no consideran que deben cubrir (servicios excluidos). El Estado requiere que la MCO excluya la mayoría de estos servicios. Unos pocos de estos servicios, tales como los servicios dentales para adultos, pueden estar cubiertos por la MCO. Vea la **Adenda C** o llame a los Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes, para conocer más acerca de los beneficios y servicios adicionales.

Beneficios y servicios que NO están cubiertos:

- Servicio dentales para adultos. (Excepto para mujeres embarazadas y para jóvenes hasta los 26 años que previamente fueron jóvenes adoptivos temporales);
- servicios de ortodoncia para personas de 21 años o mayores o niños que no tienen serios problemas que pudieran producirles serias dificultades para comer o para hablar;
- medicamentos de venta libre (excepto aspirina recubierta para artritis, insulina, tabletas de hierro y vitaminas masticables para niños menores de 12 años);
- cuidados de los pies para personas adultas de 21 o más años que no tienen diabetes o problemas vasculares;
- zapatos especiales (ortopédicos) y soportes para personas que no tienen diabetes o problemas vasculares;

42 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

- vacunas para personas que viajan fuera de los 48 estados de la Unión Americana o para cuidados médicos recibidos fuera de los Estados Unidos;
- programas de dieta y ejercicio para ayudar a la pérdida de peso;
- cirugía cosmética para tener una mejor apariencia, pero sin una necesidad médica para tener una cirugía;
- servicios para tratamientos de fertilidad, incluyendo los servicios para revertir una esterilización voluntaria;
- cuarto privado de hospital para personas sin que exista una razón médica, por ejemplo, padecer una enfermedad contagiosa;
- servicios de enfermería privada para personas de 21 años o mayores;
- autopsias;
- cualquier servicio experimental, a menos que sea aprobado para ensayos clínicos; o
- cualquier servicio para el cual no haya una necesidad médica.

F. Cambio de beneficios y localidades de servicio

Cambio de beneficios

Pueden presentarse algunas ocasiones cuando los beneficios y servicios de HealthChoice se niegan, se reducen o son terminados porque no son o ya no son médicamente necesarios. A esto se le llama una determinación adversa de beneficio. Si esta situación ocurre, usted recibirá una carta por correo antes del cambio de los beneficios o servicios. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, a usted se le dará la oportunidad de presentar una reclamación.

Pérdida de beneficios

La pérdida de los beneficios de HealthChoice dependerá en su elegibilidad a Medicaid. En la falla de presentar la documentación de re-determinación para Medicaid o no llenar el criterio de legibilidad de Medicaid, el Estado lo dará de baja de HealthChoice. Si usted ya no es elegible para Medicaid, el Estado le dará de baja de la MCO y usted perderá sus beneficios de HealthChoice. Si usted obtiene de nuevo su elegibilidad dentro de 120 días, será automáticamente re-inscrito a la misma MCO.

Cambio de localidades para los cuidados de salud

Cuando hay un cambio en la ubicación del proveedor de los cuidados de salud, usted será informado por escrito. Si el proveedor es un PCP y la nueva ubicación no se encuentra muy lejos de su hogar, usted puede llamar a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes para cambiar a un PCP dentro de su área.

5. Información sobre los proveedores

A. Qué es un Proveedor de atención primaria (PCP), especialista y cuidados de especialidad

Su PCP es el coordinador principal de sus cuidados y le asiste en la administración de sus cuidados y servicios de salud. Consulte con su PCP para las revisiones de rutina, asesoramiento médico, vacunaciones y referencias a especialistas cuando es necesario. Un PCP puede ser un doctor, una enfermera practicante o un asistente de doctor. Ellos trabajan en el campo de la medicina en general, la medicina familiar, la medicina interna o en pediatría.

Cuando usted necesita un servicio que no es provisto por su PCP, le referirá a un especialista. Un especialista es un doctor, enfermera practicante o un asistente de doctor que tiene entrenamiento adicional ofreciendo servicios en un área específica de los cuidados. Los cuidados que usted recibe de un especialista se les llaman cuidados especiales. Para recibir un cuidado especial, usted puede necesitar ser referido por su PCP. Hay algunos cuidados de especialidad para los cuáles no es necesario una referencia; esos cuidados se llaman servicios auto-referidos. Para los miembros que son mujeres, si su PCP no es una especialista de la salud de la mujer, usted tiene el derecho de consultar con una especialista en los cuidados de la mujer que se encuentre dentro de la red de la MCO y sin que usted necesite de una referencia.

Sus proveedores no serán penalizados por asesorar o defender en su nombre.

B. Seleccionando o cambiando proveedores

Cuando usted se inscribe por primera vez en una MCO, usted necesita seleccionar a un PCP que forme parte de la red de la MCO. Si usted no tiene un PCP o necesita asistencia para escoger a un PCP, llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes. Si usted no escoge a un PCP, la MCO escogerá a uno para usted. Si usted no está satisfecho con su PCP, usted puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes. Ellos le asistirán con el cambio de PCP y le informarán cuando puede usted empezar a consultar con su nuevo PCP.

Si hay otros miembros en su hogar que sean miembros de HealthChoice, ellos necesitarán escoger a un PCP también. Los miembros de HealthChoice en un hogar pueden juntos escoger el mismo PCP o cada uno de los miembros puede tener un PCP diferente. A los miembros de HealthChoice que tengan 21 años o de menos edad, se les recomienda seleccionar a un proveedor de Pruebas, diagnósticos y tratamientos tempranas y periódicas (EPSDT). Los proveedores EPSDT están entrenados y certificados para identificar y tratar problemas de la salud antes de que se conviertan en problemas complejos y caros. Servicios para Miembros de la MCO le podrán decir cuales proveedores son certificados por EPSDT.

Para ver una lista de los proveedores participantes dentro de la MCO, vea los directorios de proveedores que están disponibles en el sitio de internet de la MCO. Si usted desea recibir por correo una copia impresa del directorio de proveedores, contacte a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

C. Terminación de un proveedor

Hay ocasiones cuando un PCP o proveedor ya no contrata o trabaja con una MCO. Usted será notificado por escrito o recibirá una llamada telefónica de la MCO.

- Si la MCO termina a su PCP, a usted se le pedirá que elija a un nuevo PCP y puede tener la oportunidad de cambiar de MCO si el PCP que elije es participante en una MCO diferente.
- Si su PCP es quién termina el contrato con su MCO, a usted se le pedirá que seleccione a un nuevo PCP que se encuentre dentro de la red de la MCO.
- Si usted no escoge a un nuevo PCP, la actual MCO a que pertenece escogerá uno por usted. Después que el PCP haya sido escogido, usted recibirá una nueva tarjeta de identificación en el correo con la información del PCP actualizada.

6. Entrando a los cuidados

A. Para hacer o cancelar una cita

Para hacer una cita con su PCP o con otro proveedor, llame a la oficina del proveedor. El nombre y teléfono de su PCP se localizan al frente de su tarjeta de identificación que la MCO le dio. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes y ellos le proveerán con el nombre de su PCP o el nombre y teléfono de cualquier otro proveedor. Para estar seguro que el personal de la oficina del proveedor pueda tener sus récords listos y que hay espacio en el horario del proveedor para su cita, haga una cita antes de presentarse en la oficina. Cuando haga la cita:

- Informe al personal quién es usted;
- Informe al personal la razón de su llamada; y
- Informe al personal si usted piensa que deben darle atención de inmediato.

Dando esta información puede determinar qué tan rápidamente usted necesita que lo vean.

El día de la cita, llegue usted a tiempo. Llegando a tiempo le permite al proveedor pasar la mayoría del tiempo con usted y previene que existan esperas por largo tiempo. Para todas sus citas tenga consigo su:

- Tarjeta de Medicaid
- Su tarjeta de identificación de su MCO
- Una identificación personal con foto

Para cancelar una cita con su PCP o con otro proveedor, llame a la oficina del proveedor tan pronto como usted sepa que no puede ir a la cita. Cancelando la cita le da usted oportunidad al proveedor de ver a otros pacientes. Haga una nueva cita tan pronto como pueda para continuar con la actualización de sus cuidados de salud.

B. Referencia a un especialista o a cuidados de especialización

Su PCP está a cargo de la coordinación de sus cuidados. Si su PCP piensa que usted necesita de cuidados de especialización, le referirá a un especialista. Dependiendo en su MCO, puede necesitarse una referencia de su PCP antes de hacer una cita con el especialista. Llame a los Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes para conocer los requerimientos para una referencia.

C. Después de las horas hábiles, cuidados urgentes y cuidados en la sala de emergencia

Conozca a dónde ir

Dependiendo de sus necesidades de salud, es importante escoger el lugar correcto en el momento correcto. Abajo se anota la guía para ayudarle a escoger el sitio adecuado para sus necesidades de salud.

|  |  |  |
|--|--|--|
| Oficina del doctor | Centro de cuidados urgentes | Sala de emergencia |
| <ul style="list-style-type: none"> • Revisiones de salud • Pruebas de salud • Si algo le preocupa • Tos/resfriado • Fiebre • Dolor persistente • Pérdida de peso inexplicable | <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones/enfermedades menores • Influenza/fiebre • Vomito/diarrea • Dolores de garganta, dolores de oídos o infecciones de los ojos • Torceduras/esguinces • Posibles fracturas/huesos rotos • Lesiones deportivas | <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del conocimiento • Dificultad para respirar • Serias lesiones de cabeza, cuello o espalda • Dolor/presión en el pecho • Sangrado severo • Envenenamientos • Quemaduras severas • Convulsiones/ataques • Fracturas severas huesos rotos con complicaciones • Asalto sexual |

6. Entrando a los cuidados

Después de las horas hábiles

Si usted necesita cuidados que no sean de emergencia después de las horas normales de trabajo, llame a la oficina de su PCP o a la Línea de Asesoría de Enfermeras de la MCO disponible las 24 horas. Ambos números de encuentran en su tarjeta de identificación de la MCO. Su doctor o el servicio de recepción de llamadas le podrán responder a sus preguntas, darle instrucciones y hacer arreglos para los servicios, si hay necesidad de ello. La Línea de Asesoría de Enfermeras está siempre abierta para contestar a sus preguntas. Ellas le ayudarán a guiarlo al lugar correcto para que obtenga la mejor atención para que usted no tenga que pagar más de lo necesario.

Cuidados urgentes

Si usted tiene una enfermedad o una lesión que pudiera convertirse en una emergencia dentro de 48 horas si no recibe tratamiento, acuda a un centro de cuidados urgentes. Asegúrese de ir a un centro de cuidados urgentes que se encuentre dentro de la red. No se requiere de una pre-autorización, pero asegúrese que es participante de su MCO o usted puede tener que pagar. Si usted no está seguro que tiene que acudir a un centro de cuidados urgentes, llame a su PCP o la Línea de Asesoría de Enfermeras. Ambos números se encuentran anotados en la tarjeta de su MCO.

Cuidados en una sala de emergencia

Una condición médica de emergencia es cuando se necesita atención médica de inmediato para prevenir una seria discapacidad o disfunción de la salud. Si usted tiene una condición médica de emergencia y necesita cuidados en una sala de emergencia (servicios que se brindan en un hospital de emergencia), llame al 911 o acuda al departamento de emergencias del hospital más cercano. Usted puede auto-referirse a cualquier departamento de emergencias, no hay necesidad de una pre-autorización.

Si usted no está seguro si debe acudir al departamento de emergencias, llame a su PCP o a la línea de asesoría de enfermeras de la MCO, abierta las 24 horas. Después que usted haya sido tratado para una condición médica de emergencia, usted puede necesitar servicios adicionales para asegurar que la condición médica de emergencia no retorna. Estos servicios se llaman servicios de post-estabilización. La MCO trabajará con el personal del hospital para decidir si usted necesita esos servicios. Si usted desea información adicional acerca de cómo se decide, contacte a su MCO.

Si su PCP y MCO no tienen conocimiento de su visita a una sala de emergencia, llámelos tan pronto como pueda después de recibir los servicios de emergencia, para que ellos puedan hacer arreglos para el seguimiento de los cuidados que pueda necesitar.

D. Fuera del área de servicio

No todos las MCO operan en todas las áreas del estado. Si usted necesita cuidados de salud que no son de emergencia mientras se encuentra fuera de su área de servicio de la MCO, llame a los Servicios para Miembros de la MCO. Ambos números se encuentran en la tarjeta de su MCO. Si usted se muda de residencia y su nuevo hogar se encuentra en un condado de Maryland en el cuál su MCO no da servicios, usted puede cambiar de MCO llamando a Maryland Health Connection (1-855-642-8572). Si usted decide permanecer en su MCO, es posible que tenga que proveer su propio transporte al proveedor dentro de la red en el otro condado.

HealthChoice es aceptado solamente en Maryland y con proveedores en los estados vecinos que sean parte de la red de la MCO o en el caso en que sus cuidados hayan sido arreglados por la MCO. Recuerde que cuando usted viaja fuera del estado de Maryland, la MCO tiene la obligación de pagar solamente por servicios de emergencia y servicios de post-estabilización.

E. Cuidados del bienestar para niños: Healthy Kids/pruebas, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Es importante para los infantes, niños y adolescentes hasta la edad de 21 años recibir revisiones de salud regularmente. El programa Healthy Kids/EPSDT le ayuda a identificar, tratar y prevenir los problemas antes que se conviertan en problemas complejos y caros. EPSDT es un beneficio completo que cubre servicios médicos, dentales, de la visión y de la audición. Muchos de los servicios EPSDT estarán cubiertos por la MCO, pero los servicios como los dentales, de la salud del comportamiento y las terapias serán cubiertos por el servicio pago-por-servicio de Medicaid. (Vea la página 25.)

Healthy Kids es el componente preventivo de EPSDT para el bienestar del niño. El Estado certificará al PCP de su niño para asegurar que él o ella conocen los requerimientos para Healthy Kids/EPSDT y están preparados para llevar a cabo las pruebas requeridas y, así mismo, tiene las vacunas necesarias para que su hijo las reciba dentro del horario apropiado. Nosotros le recomendamos especialmente que seleccione a un PCP para su hijo que tenga la certificación EPSDT. Si usted escoge a un proveedor que no tiene la certificación EPSDT, la MCO se lo notificará. Usted puede cambiar el PCP de su hijo en cualquier momento. Contacte a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes si tiene preguntas o necesita asistencia para cambiar el PCP de su hijo.

6. Entrando a los cuidados

La tabla abajo muestra las edades en que los niños deben tener sus visitas para el bienestar. Si el PCP de su hijo recomienda más visitas, estas serán cubiertas. Durante las visitas para el bienestar, el PCP revisará la salud del niño y todos los aspectos del desarrollo. Ellos también revisarán por problemas por medio de pruebas. Algunas pruebas para los problemas de salud se hacen a través de análisis de sangre, mientras que otras se llevan a cabo haciendo preguntas. Se pueden requerir pruebas adicionales basándose en el riesgo y en la edad. El PCP también le ofrecerá consejos y le dirá que es lo que usted puede esperar. Asegúrese de mantener las citas para los exámenes del bienestar del niño. No pierda las vacunaciones y asegúrese que los niños tienen la prueba para el plomo. El plomo en la sangre causa serios problemas, por eso se requieren pruebas para todos los niños independientemente del riesgo que tengan. Eso se aplica aún si su hijo tiene ambos, Medicaid y otro seguro de salud.

| Edad | Examen para el bienestar del niño Evaluación del desarrollo Educación de salud | Inmunizaciones de la niñez (*se recomienda vacuna contra la influenza cada año empezando a los 6 meses de edad) | Prueba del plomo sanguíneo (*pruebas adicionales si hay riesgos) |
|------------------|---|---|--|
| Al nacimiento | X | X | |
| 3 – 5 días | X | | |
| 1 mes | X | | |
| 2 meses | X | X | |
| 4 meses | X | X | |
| 6 meses | X | X | |
| 9 meses | X | | |
| 12 meses (1 año) | X | X | X |
| 15 meses | X | X | |

6. Entrando a los cuidados

| Edad | Examen para el bienestar del niño Evaluación del desarrollo Educación de salud | Inmunizaciones de la niñez (* se recomienda vacuna contra la influenza cada año empezando a los 6 meses de edad) | Prueba del plomo sanguíneo (* pruebas adicionales si hay riesgos) |
|---------------------|---|--|---|
| 18 meses (1.5 años) | X | X | |
| 24 meses (2 años) | X | | X |
| 30 meses (2.5 años) | X | | |
| 36 meses (3 años) | X | | |
| 4 – 20 años | X (cada año) | X (4 – 6, 9 – 12 y 16 años) | |

F. Cuidados para el bienestar en adultos

Las visitas con su doctor para el bienestar son importantes. Su PCP le examinará, le hará o recomendará pruebas basadas en su edad y necesidades, revisará su historia de salud y los medicamentos que actualmente toma. Su PCP coordinará los servicios que usted necesita para mantenerse saludable. Durante su visita, informe a su PCP si algo ha cambiado desde su última visita, si tiene alguna pregunta y también pregunte como va usted con su plan de cuidados. Cuando hable con su PCP, siempre ofrezca la respuesta más honesta y actualice su información de salud física, social y mental para que así usted pueda recibir los cuidados que mejor llenan sus necesidades.

6. Entrando a los cuidados

Recomendaciones para los cuidados preventivos en el adulto

| Servicio | Frecuencia – Grupo |
|--|--|
| Revisión de la presión sanguínea | Anualmente. |
| Colesterol | Cada 5 años empezando a los 35 años de edad para los hombres y los 45 en las mujeres, empezando a los 20 años si hay un riesgo creciente. |
| Diabetes | En adultos entre los 40 a 70 años que están sobrepasados en peso o son obesos. |
| Pruebas del cáncer de colon | Entre los 50 – 75 años de edad, la frecuencia depende de la prueba empleada: en el examen de las heces — de 1 a 3 años, examen Flex sigmoideo cada 5 años, colonografía CT cada 5 años, o colonoscopia cada 10 años. |
| Pruebas para las enfermedades sexualmente transmitidas | <p>HIV – Una vez para todos los adultos sin importar el tipo de riesgo que tengan, pruebas adicionales basadas en el riesgo que exista.</p> <p>Hepatitis C (HCV) —una vez para cualquier persona que haya nacido entre 1945 y 1965, otras basadas en el riesgo existente.</p> <p>Hepatitis B – Para adultos con aumento en el riesgo.</p> <p>Clamidia/gonorrea – anualmente para mujeres entre los 16 y los 24 años si son sexualmente activas, basado en el riesgo después de los 25 años y mayores.</p> <p>Sífilis – Adultos con aumento del riesgo.</p> |
| Vacuna contra la influenza | Anualmente. |
| Tdap (tétanos, difteria, Vacuna Pertusis acelular) | Una vez como adulto (si no la recibió entre los 11 – 12 años de edad), durante cada embarazo. |
| Vacuna contra el Td (tétanos) | Cada 10 años, dosis adicionales determinadas según el riesgo. |

6. Entrando a los cuidados

| Servicio | Frecuencia – Grupo |
|---|--|
| Vacuna contra Culebrilla – Herpes (zoster) | Una vez para adultos de 60 o más años. |
| Vacuna pneumocócica (PPSV23) | Una vez para todos (entre los 2 – 64 años) con diabetes, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, fumadores, alcohólicos, u otros factores de riesgos (hable con su doctor para determinar su riesgo). |
| Pruebas para el cáncer de mama (vía mamografía) | Cada 2 años entre los 50 – 75 años, en riesgo, entre los 40 – 50 años de edad. |
| Pruebas para el cáncer del pulmón | Anualmente para adultos entre los 55 – 80 años de edad con historia de fumar 30 cajetillas al año, que aún fuman activamente o que dejaron de fumar hace menos de 15 años, la prueba se hace empleando un escaneo de dosis baja CT (LDCT). |
| Pruebas para el cáncer cervical | Cada 3 años para mujeres entre los 21 – 29 años de edad, cada 5 años para mujeres entre los 30 – 65 años de edad. |
| Uso/abuso de sustancias: alcohol, tabaco, otros | Adultos de 18 o más años. Cada año o más frecuentemente dependiendo en el riesgo. |

*Todas las recomendaciones se basan en los servicios preventivos del equipo especial de los Estados Unidos (USPSTF). Se excluyen las recomendaciones para pacientes de 65 años o más debido a que no son elegibles para HealthChoice.

6. Entrando a los cuidados

G. Administración de caso

Si hay una ocasión cuando usted tiene necesidad de cuidados para un problema crónico o un episodio de cuidados que afecten su estado de salud, la MCO le asignará un administrador de caso para asistirle en la coordinación de sus cuidados. Los administradores de casos son enfermeras o trabajadores sociales con licencia entrenados para trabajar con sus proveedores para asegurar que sus necesidades para los cuidados de salud están cubiertas. La comunicación con su administrador de caso es importante para que ellos puedan desarrollar e implementar un plan de cuidados personalizado. Los administradores de caso trabajarán con usted por teléfono o ellos pueden proveer la administración de caso en persona.

H. Cuidados para mujeres durante el embarazo y por un año después del parto

Cundo usted está embarazada o sospecha que puede estarlo es muy importante que llame a su MCO. Ellos le ayudarán a obtener sus cuidados prenatales (cuidados que las mujeres reciben durante el embarazo). Los cuidados prenatales consisten en revisiones periódicas por un médico obstetra (OB doctor) o por una enfermera partera certificada para que vigile su salud y la del bebé que aún no nace.

Si usted está embarazada, la MCO le asistirá con el horario de sus citas para los cuidados prenatales 10 días después de su solicitud. Si usted ya inicio sus cuidados prenatales antes de inscribirse en la MCO, puede continuar consultando con el mismo proveedor de cuidados a través de su embarazo, el parto y por un año después que el bebé haya nacido.

La MCO también puede conectarla con un administrador de caso. El administrador de caso trabajará con usted y su proveedor de cuidados prenatales para ayudarle a obtener todos los cuidados necesarios, la educación y el apoyo. Si usted tiene otros problemas o estuvo previamente embarazada y tuvo problemas de salud, la MCO le ofrecerá ayuda extra.

El Estado automáticamente inscribe al recién nacido en su MCO. Si usted califica para Medicaid porque estuvo embarazada, su cobertura para Medicaid y HealthChoice terminarán un año después del parto.

Si usted tiene preguntas, llame a la línea de asistencia para mujeres embarazadas (1-800-456-8900) o a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes. Para obtener información adicional, vea **Servicios especiales para mujeres embarazadas (Special Services for Pregnant Women (7.1.)** y la **Adenda D**.

54 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

I. Planificación familiar (control anticonceptivo)

Los servicios de planificación familiar proveen a las personas con información y medios para prevenir un embarazo no planeado a la vez que mantienen la salud reproductiva. Usted es elegible para recibir servicios de planificación familiar sin tener que ser referida. La MCO le pagará a un proveedor no participante por sus servicios todo el tiempo que el proveedor esté de acuerdo en continuar asistiéndole y aceptar el pago de la MCO. Además, a las MCO no se les permite cobrar un copago por los servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar incluyen, pero no están limitados a:

- Anticonceptivos;
- pruebas de embarazo; y
- esterilizaciones voluntarias (dentro de la red y con autorización previa).

Llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes o a la Línea de Asistencia del Estado al **(1-800-456-8900)** para obtener información adicional acerca de la planificación familiar y los servicios de auto-referencia.

J. Cuidados dentales

Al Estado y a la MCO no se les requiere ofrecer para los adultos cuidados dentales como un beneficio de HealthChoice, a miembros de 21 años o mayores y/o miembros que no están embarazadas.

- Si usted es menor de 21 años, está embarazada o fue una joven residente de un hogar de acogida hasta los 26 años de edad, es elegible para los cuidados dentales provistos a través del programa dental Maryland Healthy Smiles (**1-855-934-9812**).
- Sí usted tiene 21 años de edad o es mayor y no está embarazada, cuidados dentales limitados pueden proveerse a través de la MCO. Vea la Adenda C.
- Llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes si tiene preguntas o para recibir asistencia encontrando a un proveedor dental.

Vea el **Adenda C** para detalles sobre los Servicios dentales para adultos de 21 años o más.

6. Entrando a los cuidados

K. Cuidados de la visión

- Sí usted tiene menos de 21 años, es elegible para:
 - Exámenes de los ojos;
 - Anteojos una vez al año; o
 - Lentes de contacto si son médicamente necesarios para substituir a los anteojos.
- Si usted tiene 21 años o es mayor, es elegible para:
 - Exámenes de ojos cada dos años.
 - Vea la **Adenda C** para conocer los beneficios adicionales de la visión en adultos que ofrece su MCO.
- Llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes, si tiene preguntas o necesita localizar a un proveedor para los cuidados de la visión.

L. Educación de la salud/extensión comunitaria

Usted tiene acceso a programas de educación de la salud ofrecidos por su MCO. Los programas de educación para la salud le proveen información y recursos para ayudarle a volverse más activo en su salud y en los cuidados médicos. Los programas están disponibles en formatos múltiples y cubren diferentes tópicos de la salud. Vea la **Adenda E** o llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes para conocer más acerca de los programas de educación de la salud que se encuentran disponibles, cuándo se presentan y cómo puede usted estar informado acerca de ellos.

Las MCO pueden también proveerle con servicios de extensión comunitaria para los miembros que se han identificado como personas que tienen barreras para tener acceso a sus cuidados para la salud. Los planes de extensión comunitaria de las MCO se enfocan sobre aquellas personas que tienen dificultades para obtener o que no cumplen debidamente con los planes de cuidados. Si la MCO no puede contactarle o usted ha perdido citas, será referido a la unidad de coordinación administrativa de los cuidados (ACCU) en el departamento local de salud.

ACCU no son empleados por la MCO. El Estado contrata con una ACCU para ayudarle a entender como los programas de Medicaid y HealthChoice funcionan. Si una ACCU le contacta desde el departamento local de salud, le explicarán la razón por la cual le están llamando. Si la ACCU no puede contactarlo por teléfono, es posible que le visiten en su hogar. La meta de la ACCU es la de ayudarle a mantener una conexión con los cuidados y servicios médicos apropiados.

56 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

M. Servicios para la salud del comportamiento

Sí usted tiene un problema de salud mental o por el uso de sustancias, llame a Servicios para Miembros de su PCP o MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes. Su PCP puede darle tratamiento o puede referirle al Sistema público para la salud del comportamiento (Public Behavioral Health System.) Hay una variedad de servicios para la salud del comportamiento cubiertos por el Sistema de Salud del Comportamiento del Estado (State's Behavioral Health System.) Usted puede tener acceso a esos servicios sin necesidad de una referencia de su PCP, llamando al Sistema Público para la Salud del Comportamiento (Public Behavioral Health System) al (**1-800-888-1965**). Esta línea telefónica de ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Sus miembros están entrenados para responder a su llamada y le brindarán ayuda para obtener los servicios que usted necesita. Los servicios para la salud del comportamiento incluyen, pero no están limitados a:

- Administración de caso;
- crisis de emergencia/servicios móviles de crisis;
- servicios de psiquiatría para el paciente internado;
- centros de salud mental para el paciente ambulante; y
- centros residenciales para tratamiento.

Sí el sistema público para la salud del comportamiento encuentra que usted no necesita de un especialista para manejar sus necesidades de salud del comportamiento, su PCP (con su permiso) será informado para que usted pueda recibir cualquier cuidado de seguimiento.

7. Servicios especializados

A. Servicios para grupos especiales de personas

El Estado ha denominado a ciertos grupos de personas como Grupos con Necesidades Especiales de la MCO. A estos grupos se les llama “grupos con necesidades especiales” e incluyen:

1. Mujeres embarazadas y mujeres que acaban de parir;
2. niños con necesidades especiales para los cuidados de la salud;
3. niños bajo los cuidados de salud supervisados por el Estado;
4. adultos o niños con discapacidades físicas o del desarrollo;
5. adultos y niños con VIH/SIDA; y
6. adultos y niños sin hogar.

La MCO tiene un proceso para dejarle saber si usted es parte de un grupo con necesidades especiales. Si usted tiene preguntas acerca de sus necesidades especiales, llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Servicios que cada grupo con necesidades especiales recibe

Si usted o algún miembro de su familia se encuentran en uno o varios de los grupos con necesidades especiales, usted es elegible para recibir los servicios abajo descritos. Usted tendrá que trabajar y estar en comunicación con la MCO para poder recibir la cantidad y tipo de cuidados que necesita:

- **Un administrador de caso** – Un administrador de caso puede ser una enfermera o trabajadora social u otro profesional que puede ser asignado a su caso muy pronto después de haberse inscrito en la MCO. Esta persona le ayudará a usted y a su PCP a desarrollar un plan individualizado para enfocar el tratamiento y los servicios que necesita. El administrador de caso:
 - Ayudará a desarrollar un plan de cuidados;
 - asegurará que el plan de cuidados sea actualizado por lo menos cada 12 meses o más a menudo si es necesario;
 - mantendrá una relación de los servicios para los cuidados de salud provistos; y
 - ayudará a las personas que le brindan tratamientos a trabajar en conjunto.

7. Servicios especializados

- **Especialistas** — Cuando se tienen necesidades especiales, se requiere que usted vea a proveedores que tienen una experiencia más extensa acerca de su condición. Su PCP y su administrador de caso trabajarán juntos para asegurar que es referido a los especialistas correctos. Esto incluye especialistas de suministros y de equipo que pueda necesitar.
- **Seguimiento a las citas que usted pierde** — Si su PCP o su especialista encuentran que usted continúa perdiendo citas, ellos nos informarán y alguien tratará de contactarlo por correo, teléfono o visitándolo en su domicilio para recordarle que llame para hacer una nueva cita. Si no acude a sus citas, usted pudiera ser visitado por alguna persona del departamento local de salud cercano a su domicilio.
- **Coordinador de las necesidades especiales** — A las MCO se les requiere que tengan entre su personal a un coordinador de las necesidades especiales. El coordinador de las necesidades especiales le educará acerca de su condición y sugerirá lugares en su área en donde usted pueda encontrar apoyo de personas que conozcan sus necesidades.

Como miembro de un grupo con necesidades especiales, la MCO trabajará con usted para coordinar todos los servicios arriba mencionados. Algunos grupos recibirán otros servicios especiales. Los siguientes son otros servicios especiales específicos para el grupo con necesidades especiales:

1. Mujeres embarazadas y mujeres que acaban de parir:

- **Citas** — La MCO le asistirá haciendo una cita para los cuidados pre-natales dentro de los primeros 10 días después de recibir su solicitud.
- **Evaluación de los riesgos pre-natales** — Una mujer embarazada tendrá una evaluación de los riesgos pre-natales. En su primera visita para los cuidados pre-natales, el proveedor completará una evaluación de riesgo. Esta información se compartirá con el departamento local de salud y la MCO. La MCO le ofrecerá una variedad de servicios para ayudarle a tomar los cuidados de salud por usted misma y para asegurar que su bebé nazca sano. El departamento local de salud puede también contactarle y ofrecerle ayuda y asesoramiento. Ellos tienen información acerca de los recursos locales.
- **Conexión a un proveedor pediátrico** — La MCO le asistirá en la selección de un proveedor para los cuidados de pediatría. Este puede ser un pediatra, un doctor familiar o una enfermera practicante.
- **Duración de la estadía en el hospital** — La duración de la estadía en el hospital después del parto es de 48 horas para un parto vaginal sin complicaciones o de 96 horas después de un parto por cesárea. Si usted elige darse de alta más pronto, se ofrecerá una visita a su domicilio dentro de las primeras 24 horas después de salir del hospital. Si usted debe permanecer en el hospital después del parto por razones médicas, usted puede solicitar que su bebé permanezca en el hospital mientras usted se encuentra hospitalizada, hospitalización adicional hasta por cuatro (4) días se cubre para el bebé.

7. Servicios especializados

- **Seguimiento** — La MCO hará una cita de seguimiento para el recién nacido después de dos semanas de haberse dado de alta si no ha tenido una visita en su domicilio o dentro de los primeros 30 días después de haberse dado de alta si ha tenido una visita en el domicilio.
- **Dental** — Una buena salud oral es importante para un embarazo saludable. Todas las mujeres embarazadas son elegibles para recibir servicios dentales a través del programa dental del Estado Maryland Healthy Smiles. Si usted tiene preguntas acerca de sus beneficios dentales, llame a Healthy Smiles (1-855-934-9812). Después del parto los miembros de 21 años o mayores no serán ya elegibles para los beneficios dentales a través de Healthy Smiles. La MCO puede ofrecer beneficios dentales para adultos. Vea la **Adenda C**.
- **Servicios para los desórdenes por el uso de sustancias** — Si usted solicita tratamientos para desórdenes por el uso de sustancias, será referido al Sistema Público para la Salud del Comportamiento (Public Behavioral Health System) dentro de las primeras 24 horas a partir de la fecha en que se solicitó.
- **Pruebas para VIH y asesoramiento** — A las mujeres embarazadas se les ofrecerá una prueba para VIH y también recibirán información acerca de la infección con VIH y de sus efectos sobre el bebé que aún no nace.
- **Asesoramiento para la nutrición** — A las mujeres embarazadas se les ofrecerá información nutricional como enseñanza para una nutrición saludable.
- **Asesoramiento para dejar de fumar** — Las mujeres embarazadas recibirán información y apoyo en maneras para dejar de fumar.
- **Citas para pruebas de EPSDT** — Las adolescentes embarazadas (hasta la edad de 21 años) deben recibir los servicios de pruebas para EPSDT además de los cuidados pre-natales.

Vea la **Adenda D** para conocer servicios adicionales que la MCO ofrece para las mujeres embarazadas.

2. Niños con cuidados especiales para las necesidades de salud

- **Trabajo en colaboración con las escuelas** — La MCO trabajará estrechamente con las escuelas que proveen programas de servicios familiares y de educación a los niños con necesidades especiales.
- **Acceso a ciertos proveedores no participantes** — Los niños con necesidades especiales para los cuidados de salud pueden auto-referirse, bajo ciertas condiciones, a proveedores que se encuentren por afuera de la red de la MCO. Las auto-referencias de niños con necesidades especiales se hacen con la intención de asegurar la continuidad de los cuidados y para asegurar que los planes de salud apropiados continúan en su lugar. La auto-referencia de los niños con necesidades especiales dependerá o no en la condición que es la razón para que el niño con necesidades especiales de cuidados de salud sea diagnosticado antes o después de su inscripción a una MCO. Los servicios médicos directamente relacionados a las necesidades especiales de la condición del niño pueden tener acceso por fuera de la red si las condiciones específicas son llenadas.

60 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

3. Niños bajo los cuidados supervisados por el Estado

- **Cuidados supervisados por el Estado** — Cuidados en hogar de acogida y por familiares – La MCO asegurará que los niños bajo cuidados supervisados por el Estado (en hogares de acogida y hogares con familiares) obtienen los servicios que ellos necesitan de los proveedores, teniendo a una persona en la MCO que es responsable para la organización de todos los servicios. Si el niño bajo los cuidados supervisados por el Estado se muda fuera del área y necesita a otra MCO, el Estado y la actual MCO trabajarán conjuntamente para rápidamente encontrar un nuevo proveedor para el niño que se encuentre cerca del lugar a donde se haya mudado o, si es necesario, el niño puede cambiar a otra MCO.
- **Pruebas para el abuso o la negligencia** — Cualquier niño que se piense que ha sido abusado física, mental o sexualmente será referido a un especialista que pueda determinar si dicho abuso ha ocurrido. En el caso que exista un abuso sexual, la MCO asegurará que haya una examinación por una persona que conozca cómo encontrar y mantener las evidencias importantes.

4. Adultos y niños con discapacidades físicas y del desarrollo

- **Materiales preparados de manera que usted pueda comprenderlos** — La MCO tiene materiales que son revisados por personas con experiencia en las necesidades de individuos con discapacidades. Esto significa que la información será presentada usando los métodos correctos para que la persona con discapacidades pueda entender, ya sea por escrito u oralmente traducidos por un intérprete.
- **Servicios DDA** — Los miembros que actualmente reciben servicios a través de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (Developmental Disabilities Administration – DDA) o bajo la exención DDA pueden continuar recibiendo esos servicios.
- **Equipo médico y tecnología de asistencia** — Los proveedores de la MCO tienen la experiencia y el entrenamiento para proveer servicios a los adultos y a los niños acerca del equipo médico y tecnologías de asistencia.
- **Administrador de caso** — Los Administradores de caso tienen experiencia trabajando con personas con discapacidades.

5. Adultos y niños con VIH/SIDA

- **Administración de casos con VIH/SIDA** — La MCO tiene administradores de caso entrenados para tratar con asuntos relacionados al VIH/SIDA, conectando a las personas con los servicios que necesitan.
- **Servicios de evaluación de diagnóstico (DES) visitas de evaluación una vez cada año** — Una visita anual para un servicio de evaluación y diagnóstico (DES) para cualquier miembro diagnosticado con VIH/SIDA, por la cual la MCO es responsable de facilitar en favor del miembro como su representante.

7. Servicios especializados

- **Servicios para desórdenes por el uso de sustancias** — Las personas con VIH/SIDA que necesitan tratamiento para desórdenes por el uso de sustancias serán referidas al Sistema Público de Salud del Comportamiento dentro de las primeras 24 horas después de solicitarse.

6. Adultos y niños sin hogar

La MCO tratará de identificar a las personas que no tienen hogar y conectarlos con un administrador de caso y los servicios apropiados de los cuidados de salud. Puede ser difícil para las MCO identificar cuando los miembros han perdido sus hogares. Si usted se encuentra en esa situación, contacte a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Vea la **Adenda I** para conocer información acerca del equipo de asistencia para la comunicación.

B. Programa de la administración de casos raros y caros (REM)

El programa de administración de casos raros y caros, abreviado REM, es un programa provisto por el Estado para niños y adultos con problemas médicos extremadamente raros y muy caros. El programa REM ofrece beneficios de Medicaid además de otros servicios de especialidad necesarios para problemas médicos especiales. Su Proveedor de Atención Primaria (PCP) y MCO tendrán una lista de los diagnósticos de REM y le harán saber si usted o cualquiera de sus hijos debería considerar ingresar al Programa REM. La MCO y su PCP conocerán si usted tiene uno de los diagnósticos que pueden calificarle para el programa de REM.

Su PCP o MCO le dejarán saber si usted o uno de sus hijos deberían considerar entrar al programa REM. Usted será informado por teléfono, por correo o por una visita de la administración de caso de REM. Si usted no desea transferirse al programa de REM, puede permanecer en la MCO. Una vez que el miembro se encuentre en REM ya no estará inscrito en una MCO. Este cambio se sucederá automáticamente.

Una vez que usted está inscrito en REM, se le asignará un administrador de caso REM. El administrador de caso REM trabajará con usted para ayudarle en la transición de la MCO a REM. Ellos le ayudarán a seleccionar al proveedor correcto. Si es posible, ellos tratarán que usted continúe con el mismo PCP y los especialistas. Si su hijo es menor de 21 años y se encontraba recibiendo cuidados médicos de una clínica de especialidades o en otra institución antes de cambiar a REM, usted puede escoger continuar recibiendo esos servicios. Llame al programa REM (**1-800-565-8190**) si tiene más preguntas.

8. Administración de la utilización

A. Necesidad médica

Usted es elegible para recibir beneficios de HealthChoice cuando sea necesario como se describe en la sección de beneficios y servicios en este manual. Algunos beneficios pueden tener limitaciones o restricciones. **Todos los beneficios/servicios necesitan ser médicamente necesarios para que usted pueda recibirlos.**

Para que un beneficio o servicio pueda considerarse médicamente necesario, debe ser:

- Directamente relacionado a una condición diagnosticada, preventiva, curativa, paliativa, de rehabilitación o de mejoramiento del tratamiento de una enfermedad, lesión, discapacidad o condición de salud;
- Consistente con los estándares actualmente aceptados de una buena práctica médica;
- El servicio con la mayor eficiencia relativa al costo que pueda proveerse sin sacrificio de la efectividad o del acceso a los cuidados; y
- No ser principalmente para la conveniencia del miembro, de los familiares del miembro o del proveedor.

B. Pre-autorización/Aprobación previa

Habrán ocasiones cuando los servicios y medicamentos necesitarán de una pre-autorización (también llamada aprobación previa o autorización previa) antes de que usted pueda recibir ese servicio o medicamento específico. La pre-autorización es un proceso en donde un profesional calificado en los cuidados de salud determina si el servicio es médicamente necesario.

Si la pre-autorización es aprobada, entonces podrá recibir el servicio o el medicamento. Usted será notificado por escrito de la decisión dentro de 14 días calendario o 28 días calendario si se solicitó una extensión.

Si la pre-autorización se niega o se reduce la cantidad, duración o el alcance, entonces ese servicio o medicamento no será cubierto por la MCO. Usted será notificado por escrito de la decisión dentro de 14 días calendario o 28 días calendario si se solicitó una extensión. A usted se le dará el derecho de presentar una apelación por la negación a una pre-autorización. (Vea la sección 10 para **Quejas, reclamaciones y apelaciones.**)

8. Administración de la utilización

Habrán ocasiones cuando se requiera una autorización expedita para evitar serias y potenciales complicaciones de salud. En esas situaciones, la MCO debe tener una decisión dentro de 72 horas. Si una extensión para una autorización expedita es solicitada, entonces la MCO tiene hasta 14 días calendario para tomar una decisión.

Vea la **Adenda F** para conocer el Procedimiento de apelaciones/quejas internas de UnitedHealthcare Community Plan.

C. Notificación de la continuación de los cuidados

Si actualmente está recibiendo tratamiento y encaja en una categoría a continuación, entonces usted tiene derechos especiales en Maryland.

- Nuevo en HealthChoice; o
- Cambiado de otra MCO; o
- Cambiado del plan de beneficios de salud de otra compañía.

Si su antigua compañía le extendió una aprobación previa para una cirugía o para recibir otros servicios, es posible que usted no necesite ser aprobado de nuevo por su MCO actual para proceder con esa cirugía o continuar recibiendo los mismos servicios. Así mismo, si usted consulta con algún doctor o con algún otro proveedor de los cuidados para la salud que pertenece a la red de proveedores de su antigua compañía o MCO y ese proveedor no forma parte de la red de proveedores en su nuevo plan, usted podría continuar consultando con esos proveedores por un período limitado de tiempo, como si pertenecieran a nuestra red de proveedores. A continuación, se describen las reglas sobre cómo calificar para estos derechos especiales.

Aprobación previa de los servicios para los cuidados de la salud

- Si usted se encontraba previamente cubierto por el plan de otra compañía, una previa autorización para tener los servicios que recibía dentro de su plan antiguo podrá ser empleada para satisfacer los requisitos de previa autorización para la obtención de estos servicios, si son servicios cubiertos por su nuevo plan con nosotros.
- Para poder emplear con su nuevo plan la autorización previamente obtenida, usted necesita comunicarse con Servicios para Miembros de su MCO actual para informarlos que tiene una previa autorización para estos servicios y mandarnos una copia de esta previa autorización. Sus padres, guardián, personas designadas o proveedores de los cuidados para la salud pueden también, en su nombre, ponerse en contacto con nosotros en asuntos relacionados a esta previa aprobación.

8. Administración de la utilización

- Hay un límite de tiempo para mantener la validez de esta previa aprobación. Para todas las condiciones médicas, con excepción de la preñez, el límite es por 90 días o hasta que el curso del tratamiento haya sido completado, cualesquiera que ocurra primero. El límite de 90 días se cuenta desde la fecha en que la cobertura bajo su nuevo plan se inicia. Para la preñez, el límite es el tiempo durante el cual se encuentre embarazada y termina en la fecha de la primera visita a un proveedor de los cuidados de salud para consultar la primera vez después del nacimiento del bebé.
- Limitaciones en el empleo de las previas aprobaciones: Su derecho especial para el empleo de las previas autorizaciones no puede emplearse con los siguientes servicios:
 - Servicios dentales
 - Servicios para la salud mental
 - Servicios para los desórdenes por el uso de sustancias
 - Servicios o beneficios que se provean a través del programa de tarifa-por-servicio de Maryland Medicaid
- Si usted no tiene una copia de la previa autorización, póngase en contacto con su antigua compañía y solicite una copia. Dentro de la ley del Estado de Maryland, su antigua compañía debe proveerle con una copia de la previa autorización dentro de un término de 10 días a partir de la fecha en que la solicitud fue presentada.

Derecho para emplear proveedores que no son participantes

- Si usted se encuentra recibiendo servicios de un proveedor de los cuidados de salud que era un proveedor participante con su antigua compañía y ese proveedor es un proveedor no participante bajo el nuevo plan de salud con nosotros, usted puede continuar consultando con su proveedor como si fuera un proveedor participante. Usted debe contactar a su actual MCO para solicitar el derecho de continuar consultando con el proveedor no participante. Sus padres, guardián, persona designada o un proveedor de los cuidados de salud también pueden contactarnos en su nombre para solicitar el derecho de que usted continúe consultando con el proveedor no participante.
- Este derecho solamente se aplica si usted está siendo tratado para servicios con cobertura por un proveedor no participante, para uno varios tipos de las siguientes condiciones:
 1. Condiciones agudas;
 2. Serias condiciones crónicas;
 3. Embarazo; o
 4. Cualquier otra condición en la cual nosotros y el proveedor por fuera de la red estamos de acuerdo.

8. Administración de la utilización

- Ejemplos de esas condiciones anotadas arriba incluyen fracturas de hueso, reemplazo de articulaciones, ataques cardiacos, cáncer, VIH/SIDA y trasplantes de órganos.
- Hay una limitación del tiempo que usted puede continuar consultando con el proveedor fuera de nuestra red. Para todas las condiciones con excepción del embarazo, el tiempo límite es de 90 días o hasta que el curso del tratamiento se haya completado, lo que ocurra primero. El límite de 90 días se calcula desde la fecha en que su cobertura se inicia dentro del plan nuevo. Para el embarazo, el límite de tiempo dura a través de todo el embarazo y hasta la primera visita al proveedor de los cuidados de salud después de que el bebé ha nacido.

Ejemplo de cómo el derecho de emplear a proveedores no participantes funciona:

Usted se fracturó un brazo mientras estaba cubierto el plan de salud de la compañía “A” y fue tratado por un proveedor de la compañía “A” que redujo la fractura. Usted cambió de planes de salud y ahora se encuentra cubierto bajo el plan de salud de la compañía “B”. Su proveedor es un proveedor no participante con la compañía “B”. Usted necesita que le remuevan la férula y usted quiere que le examine el proveedor original que le dio tratamiento reduciendo la fractura.

En este ejemplo, usted o su representante deben contactar a la compañía “B” para que la compañía “B” pueda pagar su reclamación como si usted aún estuviera recibiendo cuidados de un proveedor participante. Si el proveedor no participante no acepta la tasa de pagos de la compañía “B”, el proveedor puede decidir que no quiere proveer los servicios para usted.

- Limitaciones en el uso de proveedores no participantes: Su derecho especial para emplear proveedores no participantes no se aplica a:
 - Servicios dentales;
 - Servicios de salud mental;
 - Servicios para los desórdenes por el uso de sustancias; o
 - Beneficios o servicios provistos a través del programa Maryland Medicaid pago-por-servicio.

Derechos de apelación:

- Si su actual MCO niega su derecho de emplear una pre-autorización de su antigua compañía o su derecho de continuar consultando con un proveedor que fue un proveedor participante con su antigua compañía, usted puede apelar esta negación contactando a Servicios para Miembros de la MCO.
- Si la MCO actual niega su apelación, usted puede presentar una queja ante el programa Maryland Medicaid llamando a la línea de asistencia de HealthChoice al **1-800-284-4510**.
- Si usted tiene cualquier pregunta acerca de este procedimiento, llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes o a la línea de asistencia al **1-800-284-4510**.

D. Coordinación de beneficios — que tiene que hacer si tiene otro seguro

Se requiere que usted notifique a la MCO si recibe cuidados médicos después de un accidente o una lesión. El Estado requiere de las MCO que traten de obtener pago de otras compañías de seguros. Si usted tiene otro seguro médico, asegúrese de notificar a la MCO y a su proveedor. Ellos necesitarán el nombre de la otra póliza de seguro, el nombre de la persona en la póliza y el número de la membresía. El Estado revisa a las compañías de seguros para identificar a las personas que tienen ambos Medicaid/HealthChoice y otros seguros.

Medicaid/HealthChoice no es un plan suplementario de seguro para la salud. Sus otros seguros de salud siempre serán su seguro primario, lo cual significa que los proveedores participantes deben enviar primero una factura a sus otras compañías de seguros. Es muy posible que su seguro primario pagará más de lo que la MCO se le permite y por lo tanto el proveedor no puede cobrar dinero adicional de usted o de la MCO. Hable con Servicios para Miembros de la MCO para que conozca mejor sus opciones. Debido a que muy posiblemente otros seguros tengan copagos y deducibles, en muchos casos la MCO requerirá que usted use proveedores participantes.

E. Servicios por fuera de la red

Hay ocasiones en que usted necesita un servicio cubierto que la red de la MCO no puede proveer. Si esta situación ocurre, es posible que usted pueda recibir este servicio de un proveedor que está fuera de la red de la MCO (un proveedor no participante). Usted necesitará una pre-autorización de su MCO para recibir este servicio por fuera de la red. Si su pre-autorización se niega, usted recibirá el derecho de presentar una apelación.

8. Administración de la utilización

F. Lista de medicamentos preferidos

Si usted necesita medicamentos, su PCP o especialista usarán la lista de medicamentos preferidos (también llamada “formulario”) para recetar sus medicamentos. Una lista de medicamentos preferidos es una lista de medicamentos de la cual usted y su proveedor pueden escoger, que son seguros, efectivos y de costos reducidos. Si quiere conocer que medicamentos se encuentran en la lista de medicamentos preferidos de la MCO, llame al Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes o acuda a internet para obtener acceso al sitio. Hay medicamentos en la lista de medicamentos preferidos, además de medicamentos que no están en la lista, que requieren autorización previa antes que la MCO pueda cubrirlos. Si la MCO niega la pre-autorización, usted tendrá el derecho de presentar una apelación.

Una copia de la lista de medicamentos preferidos se puede encontrar en el sitio en internet de la MCO o, si usted lo prefiere, una copia impresa puede obtenerse llamando a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Vea la **Adenda CII** para más detalles sobre medicamentos para pacientes ambulatorios, el formulario de medicamentos y suministros temporales.

G. Nueva tecnología y Telehealth

Como una nueva y avanzada tecnología para los cuidados de la salud emerge, las MCO tienen procesos listos para revisar y determinar si esas innovaciones tendrán cobertura. Cada MCO tiene sus propias políticas para la revisión de nuevas tecnologías médicas, tratamientos, procedimientos y medicamentos. Para conocer las políticas y procedimientos de revisión de nuevas tecnologías para los cuidados de salud, contacte a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes. Se requiere que las MCO provean los servicios de Telehealth que sean médicamente necesarios. Los servicios Telehealth utilizan video y audio-tecnología para poder mejorar el acceso a los cuidados de salud. Los servicios de Telehealth mejoran:

- Educación y entendimiento de un diagnóstico;
- Recomendaciones de un tratamiento; y
- Planificación de un tratamiento.

9. Facturación

A. Avisos de explicación de beneficios o denegación de pago

Ocasionalmente, es posible que reciba un aviso de la MCO de que se pagó o denegó el reclamo de su proveedor.

Los avisos de Explicación de beneficios (EOB) o Denegación de pago no son una factura. Los avisos pueden incluir el tipo de servicio, la fecha del servicio, el monto facturado y el monto pagado por la MCO en su nombre. El propósito del aviso es resumir qué cargos del proveedor son un servicio o beneficio cubierto. Si cree que hay un error, por ejemplo, encontrar un servicio que nunca recibió, comuníquese con los servicios para miembros de la MCO.

Si lo copiaron en un aviso de que su proveedor no recibió pago, usted no es responsable del pago. Su proveedor no debe cobrarle. Si tiene preguntas, llame a los servicios para miembros de la MCO.

B. Qué debe hacer si recibe una factura

- No pague por un servicio que no es su responsabilidad ya que si lo hace es posible que no reciba ningún reembolso. Solamente los proveedores pueden recibir pagos de Medicaid o la MCO. Si usted recibe una factura médica por un beneficio con cobertura:
 - Primero – Contacte al proveedor que le envió la factura.
 - Si a usted le dicen que no tenía cobertura en la fecha que usted recibió ese servicio, o que la MCO no pagó, llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.
 - La MCO determinará si hay un error o que es necesario para resolver el problema.
 - Si la MCO no resuelve el problema, contacte a la línea de asistencia de HealthChoice (**1-800-284-4510**).
- Se requiere a los proveedores que verifiquen la elegibilidad. Los proveedores deben enviar sus facturas a la MCO. (Si el servicio está cubierto por el Estado y no por la MCO, el Sistema de Verificación de Elegibilidad [Eligibility Verification System – EVS] les informará del lugar a donde la factura debe enviarse.)
- Con pocas excepciones, a los proveedores de Medicaid no se les permite mandar facturas a los miembros. Ejemplos de las facturas que usted podría recibir son copagos pequeños de farmacias y copagos por servicios opcionales, tales como servicios dentales para adultos y servicios de ópticas (anteojos) para adultos.

10. Quejas, reclamaciones y apelaciones

A. Determinación adversa de beneficios, quejas y reclamaciones

Determinación adversa de beneficios

Una determinación adversa de beneficios es cuando una MCO hace cualquiera de lo siguiente:

- Niega o limita un servicio solicitado basado en un tipo o nivel de servicio, requisitos de necesidad médica, conveniencia, ubicación, efectividad;
- reduce, suspende, o termina un servicio previamente autorizado;
- niega el pago parcial o total de un servicio (una negación, total o parcial, de un pago de un servicio porque el reclamo no es “claro” no es una determinación adversa de beneficios);
- falla en decidir una autorización o en proveer servicios dentro de los límites de tiempo esperados;
- falla en resolver una reclamación o una apelación dentro de los límites de tiempo esperados;
- no permite que los miembros que viven en un área rural con solamente una MCO obtengan servicios por fuera de la red; o
- niega al miembro la solicitud de disputar una responsabilidad financiera, incluyendo costos compartidos, copagos, coseguros y otras responsabilidades financieras del miembro.

Una vez que la MCO hace una determinación adversa de un beneficio, usted será notificado por escrito por lo menos en 10 días antes de que la determinación entre en efecto. A usted se le dará el derecho de presentar una apelación y puede solicitar una copia gratuita de toda la información que la MCO empleó para tomar su determinación.

Quejas

Si usted no está de acuerdo con la MCO o el proveedor acerca de la determinación adversa del beneficio, a esto se le llama una queja. Ejemplos de una queja incluyen: la reducción o suspensión de un servicio que usted está recibiendo, la negación de un medicamento que no se encuentre en la lista de medicamentos preferidos o la negación por una pre-autorización para un procedimiento.

Reclamaciones

Si su queja es por otro motivo que el de una determinación adversa de beneficio, se le llama reclamación. Ejemplos de reclamaciones incluyen la calidad de los cuidados, no permitirle ejercitar sus derechos, no haber podido encontrar a un doctor, problemas obteniendo una cita médica o no ser tratado justamente por algún individuo que trabaje para la MCO o para su doctor. Vea la **Adenda F** para el Procedimiento de apelaciones/quejas internas de UnitedHealthcare Community Plan.

B. Apelaciones

Si su queja se relaciona a un servicio que usted o un proveedor cree que necesita pero que la MCO no cubre, puede pedir a la MCO que revise su solicitud otra vez. A esto se denomina apelación.

Si usted quiere presentar una apelación, tiene que hacerlo dentro de los 60 días de la fecha que aparece en la carta notificándole que la MCO no va a cubrir el servicio que usted había solicitado.

Su médico también puede presentar una apelación por usted si usted firma un formulario autorizándolo para que lo haga. Su médico no será penalizado por actuar en su nombre. Otras personas también pueden ayudarle a presentar una apelación, como los miembros de su familia o un abogado.

Cuando presenta una apelación, asegúrese de reportar cualquier información nueva que usted tenga a la MCO para ayudarles a tomar una decisión. La MCO le enviará una carta informándole que recibieron su apelación dentro de un plazo de cinco días hábiles. Mientras se revisa su apelación, todavía puede enviar o entregar cualquier información adicional que piense podría ayudarles a la MCO a tomar una decisión.

Al revisar su apelación, los revisores de la MCO:

- No serán las mismas profesionales médicas que denegaron su solicitud de servicio.
- No serán un subordinado de los revisores que tomaron la decisión anterior;
- Tendrán el conocimiento clínico y la experiencia apropiados para realizar la revisión;
- Revisarán toda la información presentada por el miembro o representante sin importar si esta información fue enviada para la decisión anterior; y
- Tomarán una decisión en relación a su apelación dentro de los 30 días.

El proceso de apelación puede tomar hasta 44 días si usted pide más tiempo para presentar información o la MCO necesita obtener información adicional de otras fuentes. La MCO le enviará una carta si necesita información adicional.

10. Quejas, reclamaciones y apelaciones

Si su médico o la MCO cree que su apelación debería revisarse rápidamente debido a la gravedad de su estado médico, recibirá una decisión en relación a su apelación dentro de 72 horas.

Si su apelación no necesita revisarse rápidamente, la MCO tratará de llamarle y enviarle una carta para informarle que su apelación se revisará en un plazo de 30 días.

Si su apelación se relaciona con un servicio que ya fue autorizado, el periodo de tiempo no ha vencido y usted ya está recibiendo el servicio, podrá seguir obteniendo el servicio mientras revisamos su apelación. Comuníquese con Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes, si desea seguir obteniendo los servicios mientras se revisa su apelación. Necesita comunicarse con Servicios para Miembros dentro de 10 días de cuando la MCO mandó la noticia de determinación o antes de la fecha efectiva de la determinación. Si no gana su apelación, quizá deba pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba su apelación.

Una vez que se complete la revisión, usted recibirá una carta informándole de la decisión. Si la MCO decide que no debería recibir el servicio denegado, dicha carta le informará cómo presentar otra apelación o pedir una audiencia imparcial estatal.

Si presenta una reclamación y su reclamación es:

- Acerca de un problema médico urgente que usted tiene, se resolverá en 24 horas
- Acerca de un problema médico, pero que no es urgente, se resolverá en un plazo de 5 días
- Si no es acerca de un problema médico, se resolverá en un plazo de 30 días

Vea el **Adenda F** para el Procedimiento de apelaciones/quejas internas de UnitedHealthcare Community Plan.

C. Cómo presentar una queja, una reclamación o una apelación

Para presentar una queja o una reclamación, usted puede contactar a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes. Si usted necesita asistentes auxiliares o servicio de interpretación, informe al representante de Servicios para Miembros (los miembros con discapacidades de audición pueden usar Maryland Relay Service, **711**). Los representantes del servicio para clientes de la MCO pueden asistirle presentando una queja, reclamación o apelación.

72 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

Usted puede solicitar presentar una apelación verbalmente o por escrito. Puede apelar verbalmente llamando a la línea de Servicios para Miembros de la MCO. Para una apelación por escrito, la MCO puede enviarle una simple forma para que usted la complete, firme y mande de regreso. La MCO también puede asistirle para llenar la forma si necesita ayuda. Usted también tendrá la oportunidad de dar a la MCO su testimonio y sus argumentos basados en los hechos, antes de la resolución de la apelación.

Vea la Adenda F para el Procedimiento de apelaciones/quejas internas de UnitedHealthcare Community Plan. Si usted necesita una copia de los procedimientos de quejas internas ante la MCO, llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY 711, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

D. Proceso de quejas/apelación del estado

Obtener ayuda de la Línea de Ayuda de HealthChoice

Si usted tiene una duda o una queja sobre su atención de salud y la MCO no la ha solucionado a su satisfacción, puede pedir ayuda del Estado. La Línea de Ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**) está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Al llamar a la Línea de Ayuda, podrá hacer su pregunta o explicar su problema a un integrante del personal de la Línea de Ayuda, quien:

- Responderá a sus preguntas;
- Trabjará con la MCO para convenir qué es lo que usted necesita; o
- Enviará su reclamación a la Unidad de Resolución de Quejas, la cual puede tomar las siguientes medidas:
 - Pedirle a la MCO que proporcione información sobre su caso dentro de los siguientes cinco días;
 - Trabajar con su proveedor y la MCO para ayudarle a obtener lo que usted necesita;
 - Ayudarlo a obtener más servicios comunitarios, si fuera necesario;
 - Dar consejos sobre el proceso de apelación de la MCO y cuando puede pedir una Audiencia imparcial del Estado.

Pedido al Estado para que revise la decisión de la MCO

Cuando usted no esté de acuerdo con la decisión inicial de la MCO y recibió una denegación escrita, usted tiene la oportunidad de pedir que el Estado revise la decisión. A esto se le denomina apelación.

10. Quejas, reclamaciones y apelaciones

Puede comunicarse con la Línea de Ayuda de HealthChoice al **1-800-284-4510** y decirle al representante que desea apelar la decisión de la MCO. Su apelación se enviará a un integrante del personal de enfermería de la Unidad de Resolución de Quejas. La Unidad de Resolución de Quejas intentará resolver esta cuestión dentro de un plazo de 10 días hábiles. Si no se puede resolver en 10 días hábiles, le enviaremos un aviso que le da sus opciones.

Cuando la Unidad de Resolución de Quejas haya terminado de trabajar en su apelación, le notificaremos acerca de sus resultados.

- Si el Estado piensa que la MCO debe proporcionarle el servicio solicitado, puede ordenar que la MCO proporcione el servicio; o
- Si el Estado piensa que la MCO no tiene que proporcionarle el servicio, se le comunicará que el Estado está de acuerdo con la MCO.
- Si usted no está de acuerdo con la decisión del Estado, que recibirá por escrito, nuevamente tiene la oportunidad de solicitar una Audiencia imparcial del Estado.

Tipos de decisiones estatales que usted puede apelar

Usted tiene el derecho de apelar tres tipos de decisiones que toma el Estado. Cuando el Estado:

- Está de acuerdo con la MCO en que no deberíamos cubrir un servicio solicitado;
- Está de acuerdo con la MCO en que un servicio que usted está recibiendo en este momento debería detenerse o reducirse; o
- Deniega su solicitud para inscribirse en el Programa de Administración de Casos Raros y Caros (REM).

Continuación de los servicios durante la apelación

Hay veces que usted puede seguir obteniendo un servicio mientras el Estado revisa su apelación. Esto pasa si su apelación se relaciona con un servicio que ya está autorizado, el periodo de tiempo no ha vencido y usted ya estaba recibiendo el servicio. Comuníquese con la Línea de Ayuda de HealthChoice (**1-800-284-4510**) para más información. Si usted no gana la apelación, podría tener que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba su apelación.

Audiencias imparciales

Para apelar una de las decisiones del Estado, debe solicitar que el Estado presente un aviso de apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas en su nombre. La solicitud de Audiencia imparcial del Estado debe presentarse a más tardar 120 días a partir de la fecha de la notificación de resolución de la MCO.

La Oficina de Audiencias Administrativas establecerá una fecha para la audiencia basada en el tipo de decisión que es apelada.

74 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

La Junta de Revisión/Apelación Judicial

- Si la Oficina de Audiencias Administrativas decide en su contra, puede apelar a la Junta de Revisión del Estado. Usted recibirá la información sobre cómo apelar a la Junta de Revisión con la decisión de la Oficina de Audiencias Administrativas.
- Si la Junta de Revisión decide en su contra, puede apelar ante el Tribunal de Circuito.

E. Resoluciones de apelación revocadas

Si la MCO revoca una negación, terminación, reducción o retraso en los servicios que no fueron provistos durante el proceso de apelación, la MCO tendrá que proveer los servicios no más tarde que 72 horas a partir de la fecha en que se recibe la notificación de revocación de la apelación.

Si la MCO revoca una negación, terminación, reducción o retardo en los servicios que el miembro estaba recibiendo durante el proceso de apelación, la MCO pagará por los servicios recibidos durante el proceso de apelación.

Si usted necesita apelar un servicio cubierto por el Estado, siga las direcciones que se proveen en la carta de determinación adversa.

F. Haciendo sugerencias para cambios en políticas y procedimientos

Si usted tiene una idea de la forma en que se puede mejorar un proceso o quiere llamar la atención acerca de un tópico a la MCO, llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes. Las MCO están interesados en oír de usted y de las maneras en que puede mejorar la experiencia al recibir los cuidados de salud.

A cada MCO se le requiere tener un consejo de asesoría del consumidor. La función del consejo de asesoría del consumidor es la de proveer aportaciones de los miembros a la MCO. El consejo de asesoría del consumidor está formado por miembros, familias, guardianes, asistentes de cuidados y representante de los miembros, los cuáles se reúnen regularmente durante el año. Si usted desea más información acerca del consejo de asesoría al consumidor, llame a Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Usted puede ser contactado acerca de los servicios que recibe de la MCO. Si es contactado, declare información que sea correcta, ya que eso ayuda a determinar el acceso y la calidad de los cuidados que HealthChoice provee a sus miembros.

11. Cambiando a su MCO

A. Durante los primeros 90 días

- La primera vez que usted se inscribe en el **programa HealthChoice**, tiene una oportunidad de cambiar su MCO. Usted tiene que solicitar el cambio dentro de los **primeros 90 días**. Puede realizar este cambio de una sola vez, aunque haya seleccionado originalmente la MCO.
- Si usted está fuera de la MCO por más de 120 días y el Estado le asignó a la MCO automáticamente, puede solicitar el cambio de MCO. Debe hacer esta solicitud dentro de **90 días**.

B. Una vez cada 12 meses

Usted puede cambiar su MCO si ha estado con el mismo MCO por 12 o más meses.

C. Cuando hay un motivo aprobado para cambiar de MCO

Puede cambiar su MCO y unirse a otra MCO cerca de donde usted vive por cualquiera de los siguientes motivos, en cualquier momento:

- Si se muda a otro condado donde nosotros no ofrecemos atención
- Si usted se queda sin hogar y encuentra que hay otra MCO más cerca de donde usted vive o se asila que le facilitaría el ir a las citas
- Si usted o cualquier otro miembro de su familia tiene un médico en una MCO diferente y el miembro adulto desea mantener a todos los miembros de la familia juntos en la misma MCO. (Esto no se aplica a los recién nacidos; los recién nacidos deben permanecer en la MCO que la madre tenía en el momento del parto durante los primeros 90 días.)
- Si un niño se coloca en cuidado de crianza y los demás niños en cuidado de crianza o miembros de la familia reciben atención de un médico en una MCO diferente, entonces el niño colocado en cuidado de crianza puede cambiarse a la MCO del hogar de crianza

- Si la MCO terminó el contrato con su PCP por cualquier razón que no sea de las siguientes, se le notificará el Estado
 - Otra MCO compró a su MCO;
 - El proveedor y la MCO no pueden llegar a un acuerdo sobre el contrato por motivos financieros; u
 - Calidad de la atención.

D. Cómo cambiar a su MCO

Contacte a Maryland Health Connection (1-855-642-8572). Note que:

- A las MCO no se les permite autorizar cambios. Solamente el Estado puede cambiar a su MCO.
- Si usted se encuentra hospitalizado o en una institución de reposo con servicios de enfermería, pudiera ser que usted no está autorizado para cambiar MCO.
- Si usted pierde su elegibilidad para Medicaid, pero es de nuevo aprobado dentro de 120 días, usted será automáticamente reinscrito en la misma MCO que tenía antes de perder la elegibilidad.

12. Reportando el fraude, el desperdicio y el abuso

A. Tipos de fraude, desperdicio y abuso

El fraude a Medicaid es cuando una persona lleva a cabo un engaño intencional o una falsa representación y la persona está consciente de su acción y esto puede resultar en un beneficio sin autorización para ellos mismos o para otros. El desperdicio es el sobre uso o el uso inapropiado de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de causar gastos innecesarios al programa de Medicaid. El fraude, el desperdicio y el abuso deben reportarse de inmediato. Pueden existir en todos los niveles del sistema de los cuidados para la salud. A continuación, se anotan ejemplos del fraude, desperdicio y abuso en Medicaid, pero no se limitan a los siguientes:

- Ejemplos con los miembros:
 - Reportes falsos acerca de sus ingresos o bienes para calificar en Medicaid
 - Residir permanentemente en otro estado mientras se está recibiendo beneficios de Medicaid en Maryland
 - Permitir que otra persona use su tarjeta de identificación o usted usar la tarjeta de otro miembro para obtener servicios de salud
 - Vender o hacer cambios a una receta para medicamentos
- Ejemplos con los proveedores:
 - Proveer servicios que no son necesarios
 - Facturar por servicios que no se ofrecieron
 - Facturar múltiples veces por el mismo servicio
 - Alterar récords médicos para ocultar actividades fraudulentas

B. Cómo reportar fraude, desperdicio y abuso

Si usted sospecha o conoce de un fraude, desperdicio o abuso, repórtelo inmediatamente. Reportando un fraude, desperdicio y/o abuso no afectará como es usted tratado por la MCO. Usted tiene la opción de permanecer anónimo cuando hace un reporte. Provea tanta información como sea posible; esto ayudará a la investigación del reporte. Hay muchas maneras de reportar fraude, desperdicio y abuso. Veamos las opciones abajo:

- Llame a los Servicios para Miembros de la MCO al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes o escriba una carta a la MCO.
- Contacte al Departamento de Salud de Maryland, Oficina del Inspector General (Department of Health, Office of the Inspector General).
 - **1-866-770-7175**
 - http://dhmh.maryland.gov/oig/Pages/Report_Fraud.aspx
- Contacte al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina del Inspector General (U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General).
 - **1-800-447-8477**
 - <https://oig.hhs.gov/fraud/report-fraud/index.asp>

Adenda A – Información de contacto de la organización de atención administrada

| UnitedHealthcare Community Plan | |
|--|---|
| Servicios para Miembros | 1-800-318-8821, TTY 711 de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes |
| 24/7 Línea de enfermería | 1-877-440-0251, TTY 711 |
| Internet | UHCCommunityPlan.com o myuhc.com/CommunityPlan |
| Portal del miembro en internet | myuhc.com/CommunityPlan |
| Coordinador de la no discriminación | Civil Rights Coordinator UnitedHealthcare Civil Rights Grievance P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130 UHC_Civil_Rights@uhc.com |
| Dirección para Quejas, reclamaciones y apelaciones | UnitedHealthcare Member Appeals P.O. Box 31364 Salt Lake City, UT 84131 |
| Dirección para reportar fraude y abuso | <ul style="list-style-type: none"> • El grupo UnitedHealth Group mantiene una línea de teléfono gratuita las 24 horas, conocida como Línea de Asistencia para el Cumplimiento al 1-800-455-4521. Las personas que llaman pueden escoger permanecer anónimas. • Llame a la línea directa HealthChoice Fraude 1-866-770-7175. • En internet http://dhmh.maryland.gov/oig/Pages/Report_Fraud.aspx, después pulse sobre “Report Fraud” (reporte de fraude). • Escriba a: Maryland Department of Health Office of the Inspector General 201 W. Preston Street Baltimore, MD 21201 o fax to 410-333-7194. |

80 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821, TTY 711**.

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2022.

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud (HI) con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Estos fines deben ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera:

- **Para el Pago.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para procesar pagos de primas y reclamos. Esto puede incluir la coordinación de los beneficios.
- **Para el Tratamiento o para la Administración del Cuidado.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud con sus proveedores para colaborar con su cuidado.

Adenda B – Notificación de póliza de privacidad

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para proveerle información acerca de programas o productos relacionados con la salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios alternativos. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los patrocinadores del plan.** Podemos proporcionar información acerca de afiliaciones, desafiliaciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Con Fines de Suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para tomar decisiones sobre la contratación de un seguro. No usaremos su información de salud genética con fines de contratación de seguro.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para enviarle recordatorios de citas e información sobre beneficios de salud a los que puede acceder.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Podemos usar el número de teléfono o correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted acerca de sus beneficios, el cuidado de su salud o los pagos.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera:

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

Adenda B – Notificación de póliza de privacidad

- **Para las funciones del gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.
- **Para indemnización de los trabajadores.** Para cumplir con las leyes laborales.
- **Para investigación.** Para estudiar enfermedades o incapacidades.
- **Para proporcionar información acerca de defunciones.** Puede ser para el médico forense o el inspector médico. Para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para trasplantes de órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las instituciones penitenciarias o de aplicación de la ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para 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 sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Nosotros cumpliremos con las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Alcohol y abuso de sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
 4. Enfermedades transmisibles
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

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

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 83
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY 711.

Adenda B – Notificación de póliza de privacidad

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

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

Adenda B – Notificación de póliza de privacidad

Cómo usar sus derechos

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

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

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

Aviso de privacidad de la información financiera

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2022.

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

Información que recopilamos

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

Divulgación de la información financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Adenda B – Notificación de póliza de privacidad

Preguntas sobre este aviso

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

² Para los propósitos de este Aviso de privacidad de la información financiera, “nosotros” o “nos” se refiere a las entidades que aparecen enumeradas en la nota al pie de la página 5, desde la última página de Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Genoa Healthcare, LLC; Golden Outlook, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; OptumHealth Holdings, LLC; Optum Labs, LLC; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Sanvello Health, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services LLC; y Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; and USHEALTH Group, Inc.; and Vivify Health, Inc. Este Aviso de privacidad de la información financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros médicos en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de planes de salud se completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso consulte <https://www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2>.

Adenda C – Servicios adicionales ofrecidos por UnitedHealthcare Community Plan

| Beneficios | Qué es | Quién puede obtener este beneficio | Limitaciones |
|-----------------------|--|--|--|
| Cuidados dentales | <p>Los servicios dentales para adultos de 21 años de edad y mayores incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral y limpieza dos veces al año. • Empastes. • Rayos X. • Extracciones limitadas. | Adultos de 21 o más años de edad que no están embarazadas. | Hasta \$1,000 de beneficio máximo anual. |
| Cuidados de la visión | <p>Anteojos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembros de 21 años de edad o mayores: un par de anteojos cada dos años. • Lentes de contacto si es una necesidad médica por la cual no se pueden usar anteojos. | Adultos de 21 o más años. | <p>\$150 de beneficio máximo para marcos. No más de un par de anteojos al año, excepto si se pierden, los roban, se rompen o es necesaria una nueva prescripción.</p> <p>No hay cobertura para cualquier miembro para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes teñidos de color. • Lentes de mayor tamaño. • Lentes de seguridad. |

Adenda C – Servicios adicionales ofrecidos por UnitedHealthcare Community Plan

| Beneficios | Qué es | Quién puede obtener este beneficio | Limitaciones |
|-------------------------------|---|---|---------------------------------|
| Línea de enfermeras | Si usted no puede comunicarse con su PCP, llame a la línea de enfermeras de UnitedHealthcare las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usted puede hablar con una enfermera día o noche para obtener asesoramiento sobre sus problemas médicos. Una enfermera también puede ayudarlo a decidir si puede esperar a ver a su PCP o si debe buscar cuidados de salud de inmediato. Llame a la Línea de enfermeras gratuitamente al 1-877-440-0251. | Todos los suscriptores. | |
| Equipo de cuidados integrales | <p>Los miembros pueden ser contactados por un trabajador comunitario de la salud, no clínico (CHW) que proveerá apoyo por teléfono y a través de visitas en su domicilio.</p> <p>El CHW les ayuda a los miembros a entender cuál es la mejor manera de emplear los beneficios de los cuidados para la salud, obtener acceso a los cuidados, identificar las barreras para los cuidados, prepararlo para su próxima visita al doctor y facilitarle el acceso a los recursos en su comunidad.</p> | Todos los suscriptores cuando sea médicamente necesario | |
| Tratamiento para perder peso | Tratamientos médicos apropiados y necesarios para la obesidad mórbida. | Todos los suscriptores cuando sea médicamente necesario | Debe ser médicamente necesario. |

Beneficios en un vistazo

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted tiene disponible una variedad de beneficios y servicios para los cuidados para la salud. A continuación, hay un breve resumen. Usted podrá encontrar la lista completa en la sección de Beneficios.

Servicios de Atención Primaria

Usted tiene cobertura para todas las visitas a su Proveedor de Atención Primaria (PCP). Su PCP es el doctor principal con el que consultará para la mayoría de sus cuidados de salud. Esto incluye las revisiones de salud, tratamientos para los resfriados y la gripe, sus preocupaciones por la salud y los exámenes médicos de salud y referencias a algunos especialistas.

Una amplia red de proveedores

Usted puede escoger cualquier PCP de nuestra amplia red de proveedores. Nuestra red también incluye especialistas, hospitales y farmacias — dándole muchas opciones para los cuidados para su salud. Encuentre la lista completa de nuestros proveedores en la red, acudiendo al sitio en internet: myuhc.com/CommunityPlan o llamando al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Servicios de especialistas

Su cobertura incluye servicios de especialistas. Los especialistas son doctores o enfermeras que están especialmente entrenados para dar tratamientos a ciertas condiciones médicas. Posiblemente usted necesite primero de una referencia de su PCP.

Medicamentos

Revise la lista de los medicamentos de receta con cobertura en el sitio de internet myuhc.com/CommunityPlan pulsando sobre “Información de farmacia” o llamando al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Servicios de hospital

Usted se encuentra cubierto para sus estadías en hospital. También tiene cobertura para servicios de paciente ambulatorio. Estos son los servicios que obtiene en un hospital sin quedar hospitalizado.

Cuidados urgentes

Usted está cubierto para recibir cuidados urgentes. Para localizar a un centro de cuidados urgentes, visite a myuhc.com/CommunityPlan y pulse sobre “Buscar un doctor, laboratorio o facilidad” (“Find a physician, laboratory or facility”) bajo los enlaces y herramientas (links and tools) o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Servicios de laboratorio

Los servicios que se cubren incluyen pruebas de laboratorio y rayos-X para asistir en conocer las causas de su enfermedad.

Visitas para el bienestar de los niños

Todas las visitas para el bienestar de los niños y las vacunaciones están cubiertas por el plan.

Cuidados de maternidad y del embarazo

Usted tiene cobertura para tener visitas con el doctor antes y después que su bebé nazca. Esto incluye su estadía en el hospital. Si es necesario, también cubriremos las visitas que usted tenga en su hogar después del nacimiento del bebé.

Planificación familiar

Usted está cubierto por servicios que le ayudarán a manejar la planificación de sus embarazos. Esto incluye productos anticonceptivos y otros procedimientos.

Cuidados de la visión

Los beneficios para su visión incluyen exámenes de rutina y anteojos.

Cuidados dentales

Servicios dentales para niños menores de 21 años, ex jóvenes de crianza hasta 26 años de edad y mujeres embarazadas son brindados por el programa Maryland Healthy Smiles.

Los servicios dentales básicos para adultos de 21 años o más se brindan a través de UnitedHealthcare Dental. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Usted puede ver e imprimir su tarjeta de identificación acudiendo a internet en myuhc.com/CommunityPlan.

Administre su información de atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en myuhc.com

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, usted está a solo un clic de todo lo que necesita para hacerse cargo de sus beneficios personales de salud. Regístrese en myuhc.com. Las herramientas y las nuevas características pueden ahorrarle tiempo y ayudarlo a mantenerse saludable. Registrarse en internet es gratuito.

Muy buenas razones para usar myuhc.com

- Consultar sus beneficios
- Encontrar un PCP
- Imprimir una tarjeta de identificación de UnitedHealthcare
- Encontrar un hospital
- Ver el historial de reclamaciones
- Realizar un seguimiento de su historia clínica, recetas y mucho más, en su Registro Personal de Salud

Aprenda cómo mantenerse saludable

- Mejore su salud respondiendo a una Evaluación de Salud en la red
- Hable en línea con una enfermera en tiempo real

Regístrese en myuhc.com hoy mismo

Registrarse es fácil y rápida. ¡Inscriba hoy mismo! Simplemente visite myuhc.com/CommunityPlan. Seleccione “Register” (Registrarse) en la página de inicio. Siga las sencillas instrucciones. Usted está a solo unos pocos clics para tener acceso a todo tipo de información. Obtenga más de sus cuidados de salud.

Aplicación móvil de UnitedHealthcare®

Está diseñada para personas que se encuentran en constante movimiento e incluye muchas de las funciones que están disponibles en el sitio web.

Se puede utilizar con tabletas o teléfonos de Apple® o Android®.

Con Health4Me es fácil:

- Encontrar a un doctor, una sala de emergencia (ER), centros de cuidados urgentes o una farmacia cerca de usted
- Ver su tarjeta de identificación de UnitedHealthcare
- Leer su manual para miembros
- Conocer sus beneficios
- Ponerse en contacto con Servicios para Miembros y la Línea de Enfermeras
- Conocer acerca de los recursos de la comunidad y servicios sociales en su área

Descargue gratuitamente la app Health4Me hoy mismo. Úsela para conectar con su plan de salud, cuando quiera, de donde sea.

Use la identificación del Grupo (Group ID): MDCAID para registrarse.



Medicamentos para pacientes ambulatorios y el Formulario de Medicamentos

UnitedHealthcare Community Plan cubre los beneficios de farmacia que incluyen medicamentos para pacientes ambulatorios, que son medicamentos que no recibe en el hospital. Los medicamentos para pacientes ambulatorios incluyen medicamentos recetados y medicamentos y vitaminas de venta libre con receta médica.

Recetas

Cuando un proveedor le receta un medicamento, puede llevarlo a cualquier farmacia que se encuentre en la red de UnitedHealthcare Community Plan. Deberá tener con usted su tarjeta de identificación de recetas de UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan pagará por cualquier medicamento que figure en el formulario de medicamentos de UnitedHealthcare Community Plan y puede pagar por otros medicamentos si están autorizados previamente. Ya sea su receta o la etiqueta de su medicamento le dirán si su médico le ordenó que le repita la receta y cuántas puede obtener. Si su médico ordenó resurtidos, solo puede obtener un resurtido a la vez. Si tiene preguntas sobre si un medicamento recetado está cubierto, necesita ayuda para encontrar una farmacia en la red de UnitedHealthcare Community Plan o tiene alguna otra pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 pm ET, de lunes a viernes.

Adultos de 21 años y mayores tienen un copago de \$1 para los medicamentos genéricos y \$3 por medicamentos de nombre comercial. Los niños y las mujeres embarazadas no pagan. Encuentre la lista de medicamentos cubiertos en myuhc.com/CommunityPlan y pulse sobre Información de farmacia.

Autorización previa de medicamentos para pacientes ambulatorios

Si el medicamento no figura en el formulario, su proveedor de atención puede solicitarle una autorización previa para que lo obtenga. UnitedHealthcare Community Plan tiene 24 horas desde el momento en que se recibe una solicitud para aprobar o rechazar la solicitud. Si se rechaza una solicitud, usted y su PCP serán informados de la decisión por escrito. El aviso de decisión por escrito explicará cómo y cuándo apelar esta decisión, presentar una queja o reclamo ante UnitedHealthcare Community Plan o solicitar a la Línea de Ayuda de HealthChoice que revise nuestra decisión.

Beneficio de suministro de 90 días

Su plan ahora le permite obtener un suministro de 90 días de medicamentos seleccionados en la farmacia minorista. Con un suministro de 90 días, no tendrá que obtener un resurtido cada mes. Si paga un copago por su medicamento ahora, solo pagará un copago por un suministro de 90 días. Hable con su médico para ver si sus medicamentos están incluidos en el beneficio; su médico puede escribirle una nueva receta para un suministro de 90 días del mismo medicamento que toma

94 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

actualmente. Para obtener más información, hable con su médico, farmacéutico o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Farmacia de medicamentos de especialidad

Hay algunos medicamentos que se consideran medicamentos de especialidad. Un medicamento de especialidad se utiliza para tratar una condición crónica y complicada. Este medicamento se suministra a través de una farmacia de medicamentos de especialidad y, por lo general, no en una farmacia de venta minorista. Es su derecho cambiar esta farmacia de medicamentos de especialidad a otra farmacia participante. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-318-8821, TTY 711, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes para encontrar una farmacia participante o visite myuhc.com/CommunityPlan y haga clic en Pharmacy Locator (Buscador de farmacias).

Suministros temporales

Si va a una farmacia a surtir una receta y la receta no se puede surtir porque necesita autorización previa, el farmacéutico le dará un suministro temporal a menos que el farmacéutico piense que el medicamento lo perjudicará. Si aún no ha estado tomando el medicamento, recibirá un suministro para 3 días. Su proveedor aún deberá solicitar autorización previa a UnitedHealthcare Community Plan lo antes posible.

Usted necesitará una prescripción por escrito de su proveedor de atención para que le surtan de nuevo su medicamento de receta. Muchos medicamentos genéricos de venta libre se cubren con una receta por escrito. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes para obtener ayuda para localizar a una farmacia participante o visite myuhc.com/CommunityPlan y oprima “Buscar una farmacia” (“Pharmacy Locator”).

Usted será responsable para cubrir el costo de los medicamentos excepto cuando:

- UnitedHealthcare Community Plan aprobó por adelantado que usted obtuviera ese medicamento y la pre-aprobación (autorización previa) no llenó los requerimientos, o
- El proveedor que escribió la receta y la farmacia son proveedores de Medicaid, o
- El proveedor que escribió la receta y la farmacia son proveedores para otro seguro médico que usted tiene.

Información sobre su PCP y sus especialistas

Usted puede encontrar información acerca de los PCP y los especialistas, como sus nombres, números de teléfono, certificaciones, especialidades, escuelas de medicina en donde estudiaron, residencias terminadas, el estado actual de sus certificaciones de especialidad y los idiomas que pueden hablar acudiendo a myuhc.com/CommunityPlan o llamando a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 95
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

Si recibe una factura para servicios

Los hospitales y los doctores no pueden facturar a los miembros por los servicios cubiertos. Si recibe una factura, llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes. Un representante trabajará con usted para averiguar si necesita pagar la factura o si debe enviárnosla a:

UnitedHealthcare Claims Department
P.O. Box 31365
Salt Lake City, UT 84131-0365

Guarde una copia de la factura. Revisaremos estas facturas para asegurarnos de que los servicios sean beneficios cubiertos. Si están cubiertos, pagaremos al proveedor de cuidados de salud inmediatamente. Es posible que tenga que pagar facturas médicas si recibe tratamiento de proveedores que no forman parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan.

Requerimientos para las referencias a especialistas

Su proveedor de atención primaria (PCP) puede referirlo a un especialista para recibir los cuidados adicionales que necesita. A esto se le llama una referencia. Un especialista es un doctor que se especializa en un área específica de los cuidados. Usted necesitará una referencia de su PCP antes de visitar a la mayoría de los especialistas. Su especialista necesitará obtener un número de referencia de UnitedHealthcare. Usted necesitará este número de referencia de su PCP para poder hacer una cita con un especialista.

¿Todos los proveedores y servicios de especialidad necesitan de una referencia?

Algunos servicios son auto-referidos para los cuales usted no necesitara una referencia, incluyendo:

- Los servicios de emergencia en una sala de emergencia u hospital dentro y fuera de la red
- Visitas a Cuidados Urgentes
- Cuidados de salud rutinarios para mujeres, pruebas de mamografías, pruebas de Pap (Papanicolaou) y exámenes pélvicos
- Cuidados pre-natales
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de diálisis renal en una institución certificada

Usted también podrá obtener las siguientes referencias para servicios dentro de la red de parte de su PCP:

- Alergia e inmunología
- Quiropráctica
- Terapias física, ocupacional y del habla
- Medicina física y rehabilitación/fisiatra
- Audiología
- Medicina de hospicio y paliativa
- Medicina pulmonar
- Servicios de obstetricia y ginecología
- Exámenes de ojos rutinarios, anteojos y/o lentes de contacto
- Cuidados de los pies para diabéticos por un podólogo
- Servicios para la salud en el hogar, tales como equipo médico durable (DME)
- Servicios de laboratorio y radiología con una orden médica apropiada

Sí a la buena salud

¡Usted hace la diferencia! Puede trabajar con su médico para hacer una diferencia en su salud. Pregúntele a su médico qué puede hacer para vivir una vida más saludable y sentirse mejor. Si no se siente cómodo haciendo esto, invite a alguien de confianza para que hable con su médico para usted. Expresé cómo se siente acerca de su plan de tratamiento actual. Si NO está tomando su medicamento o no desea realizar un tratamiento determinado, hable con su médico o comuníquese con NurseLine al 877-440-0251 hoy mismo. Una enfermera está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su médico puede ayudarlo a encontrar otra opción que funcione para usted. Comparta todos los síntomas, cambios y posibles efectos secundarios con su médico. Cada síntoma y cada cambio son importantes. Es importante algo tan simple como una tos leve o sentir picazón después de tomar su medicamento.

Equipo de asistencia para la comunicación

Residentes de Maryland quienes son sordos, con limitaciones de audición, ciegos o viven con discapacidades del habla, de movilidad y habilidades cognitivas, pueden calificar para recibir equipo de asistencia telefónica o una tableta o computadora sin costo para ellos a través del programa Maryland Telecommunications de Maryland Relay. Para detalles y solicitud visite: <http://doit.maryland.gov/mdrelay/pages/Equipment.aspx> o llame a Maryland Relay al 1-800-552-7724.

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 97
o llame a Servicios para Miembros al 1-800-318-8821, TTY 711.

Adenda D – Cuidados para las mujeres embarazadas

Cuando usted se encuentra embarazada, es muy importante que obtenga cuidados de salud de su PCP o de su médico gineco-obstetra. A esto se le conoce como cuidados pre-natales. UnitedHealthcare ofrece programas pre-natales para dar apoyo a sus miembros femeninos durante sus embarazos, ofreciendo también información para asegurar que sus bebés se mantengan sanos.

Si usted piensa que se encuentra embarazada:

- Llame a su médico gineco-obstetra de inmediato para hacer una cita. Usted no necesita una referencia para visitar a su médico gineco-obstetra.
- Si necesita localizar a un médico gineco-obstetra participante, llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.
- Llame a UnitedHealthcare Servicios para Miembros e infórmenos si usted desea cuidados prenatales. Nosotros le enviaremos información acerca de los servicios relacionados al embarazo que usted está calificada para recibir.

Programas de apoyo durante su embarazo:

- Nuestro programa Healthy First Steps les brinda a las miembros embarazadas información y recursos para asegurar que tenga un embarazo saludable, incluyendo información acerca de nutrición, transporte a las citas médicas y suministros para las nuevas madres. Las miembros embarazadas y las nuevas mamás pueden ganar recompensas por ir al médico. Para obtener información sobre cómo inscribirse, visite [UHCHealthyFirstSteps.com](https://www.uhc.com/HealthyFirstSteps) o llame al **1-800-599-5985**.
- Wellhop for Mom & Baby es un nuevo programa para miembros embarazadas que quieran ponerse en contacto con otras mujeres embarazadas y, así, encontrar apoyo durante el embarazo y después de eso. Las reuniones se realizan por Zoom. Cada grupo tiene un líder con un historial en embarazo y salud posparto. Las miembros del grupo tienen la misma fecha de parto aproximadamente, lo que significa que las miembros transitan sus embarazos juntas. Para inscribirse, descargue la aplicación Wellhop for Mom & Baby o visite [momandbaby.wellhop.com](https://www.wellhop.com).
- Text4baby es un servicio gratuito para recordarle los puntos sobresalientes a través de su embarazo y durante el primer año de vida de su bebé. Para inscribirse, simplemente mande un mensaje con la palabra **BABY** al 511411 usando el código de participante HFS.

Después que su bebé haya nacido:

- Contacte a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes para que nosotros aseguremos que está inscrito en nuestro plan y podamos hacer una cita para usted con un pediatra dentro de la red, si usted todavía no tiene una cita.
- Haga las citas de posparto con su PCP o médico obstetra-ginecólogo. Es tan importante tener estas citas después de que su bebé ha nacido como las que tuvo cuando estaba embarazada.

Adenda E – Programas de educación sobre la salud

La misión de los programas educacionales de UnitedHealthcare es la de mantenerle saludable, brindándole información útil de maneras diferentes:

- Materiales acerca de la salud,
- Eventos de la comunidad,
- Sitio en internet para miembros, y
- Boletines informativos para los miembros.

Hay información disponible que usted puede encontrar útil acerca del asma, la diabetes, la hipertensión y otras condiciones crónicas. También hay información acerca del bienestar. Esto es para ayudarle a comer mejor, mantenerse activo y visitar a su PCP cada año.

Nuestro Educador de la salud trabaja con los proveedores de los cuidados de salud, las agencias comunitarias y otras personas dentro de su comunidad para asegurar que hay información disponible fácil para leer. Nuestra meta es que usted tenga una vida más sana.

Por favor, visite a nuestra página para miembros en internet en myuhc.com/CommunityPlan y considere en descargar la app gratuita de UnitedHealthcare. Use la identificación de grupo (Group ID) MDCAID para registrarse para obtener esa app. Llame al **1-855-817-5624** para conocer más información para mantenerse saludable.

Servicios para supervisar la calidad de salud

Usted y su salud son importantes para nosotros. Esa es la razón por la cual UnitedHealthcare Community Plan toma los pasos para asegurar que usted y su familia se mantienen saludables recibiendo cuidados de salud de alta calidad. Nosotros llamamos por teléfono, enviamos recordatorios por correo para ayudarle a que haga y mantenga sus citas con el proveedor. Nosotros también revisamos y medimos que tan bien estamos proporcionando los cuidados en tópicos de salud importantes como la diabetes y la hipertensión (presión sanguínea alta) o vacunaciones para sus hijos.

Otras áreas que son importantes para nosotros porque son importantes para usted son:

- Asegura que hay suficientes proveedores primarios y especialistas en su comunidad
- Programas para la promoción de seguridad del paciente
- Programas acerca de la educación de la salud y programas de información

Adenda F – Procedimiento de apelaciones/quejas internas de UnitedHealthcare Community Plan

Si tiene una reclamación, usted nos puede contactar al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Las solicitudes para intérpretes para los miembros que no hablan inglés los debe hacer a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Apelaciones

Si su queja se relaciona a un servicio que usted o un proveedor piensa que necesita pero que nosotros no cubrimos, puede pedirnos que revisemos su solicitud de nuevo. A esto se le denomina apelación.

Si usted quiere presentar una apelación, tiene que hacerlo dentro de los 60 días a partir de la fecha anotada en la notificación negando la cobertura del servicio que usted solicitó.

Usted puede solicitar presentar una apelación verbalmente o por escrito. Solo necesita llamar al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes para obtener esta forma. Nosotros le enviaremos por fax o por correo la forma de apelación y le brindaremos ayuda, si lo necesita, para completarla.

Una vez completada, debe enviar la forma a:

UnitedHealthcare Member Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131

Su médico puede también presentar una apelación por usted si usted lo autoriza por escrito. Otras personas autorizadas por usted, pueden ayudarle a presentar una apelación, por ejemplo, miembros de su familia o un abogado.

Cuando presenta una apelación, asegúrese de reportar cualquier información nueva que usted tenga para ayudarnos a tomar una decisión. Le enviaremos una carta informándole que recibimos su apelación, dentro de un plazo de 5 días hábiles. Mientras se revisa su apelación, todavía puede enviar o entregar cualquier información adicional que piense podría ayudarnos a tomar una decisión.

Al revisar su apelación:

- Usaremos a los médicos que conocen el tipo de enfermedad que usted tiene
- No usaremos a las mismas personas que denegaron su solicitud de servicio
- Tomaremos una decisión en relación a su apelación dentro de los 30 días

100 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

Adenda F – Procedimiento de apelaciones/quejas internas de UnitedHealthcare Community Plan

El proceso de apelación puede tomar hasta 44 días si usted pide más tiempo para presentar información o necesitamos obtener información adicional de otras fuentes. Le llamaremos y enviaremos una carta dentro de dos días si necesitamos información adicional.

Si su médico o UnitedHealthcare cree que su apelación debería revisarse rápidamente debido a la gravedad de su estado médico, recibirá una decisión en relación a su apelación dentro de 72 horas.

Si no creemos que su apelación deba revisarse rápidamente, trataremos de llamarle y enviarle una carta para informarle que su apelación se revisará en un plazo de 30 días.

Si su apelación se relaciona con un servicio que ya fue autorizado y usted lo está recibiendo, podrá seguir obteniendo el servicio mientras revisamos su apelación. Comuníquese con nosotros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes si desea seguir obteniendo los servicios mientras se revisa su apelación. Si no gana su apelación, posiblemente tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba su apelación.

Una vez que completemos la revisión, enviaremos una carta informándole nuestra decisión. Si decidimos que no debería recibir el servicio denegado, en la notificación se incluye como usted puede pedir una audiencia imparcial del estado.

Reclamaciones

Si su queja se relaciona con algo más que una negación, se le denomina reclamación. Ejemplos de reclamaciones pueden ser no poder encontrar un médico, tener problemas para obtener una cita o que alguien que trabaja en UnitedHealthcare Community Plan o en el consultorio de su médico no lo trate justamente.

Si su reclamación es:

- Acerca de un problema médico urgente que usted tiene, se resolverá en 24 horas
- Acerca de un problema médico, pero que no es urgente, se resolverá en un plazo de 5 días
- Si no es acerca de un problema médico, se resolverá en un plazo de 30 días

Si usted desea obtener una copia de nuestro procedimiento oficial de quejas o si necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes.

Directivas anticipadas de Maryland:

Planificación de decisiones relacionadas a la atención médica futura



Una guía de la legislación de Maryland acerca de las decisiones relacionadas con la atención médica. (Se incluyen formas)

ESTADO DE MARYLAND

OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL

Brian E. Frosh
Procurador General



Agosto 2019

Adenda G – Directivas anticipadas

Estimado Habitante de Maryland:

Tengo el agrado de enviarle las formas para directivas anticipadas que puede usar para planificar las decisiones futuras relacionadas con su atención médica. Esta forma es opcional; usted puede usarlo si quiere o puede usar otras igualmente válidos para los efectos legales. Si tiene cualquier pregunta legal acerca de su situación personal, debería consultar un abogado. Si decide hacer una directiva anticipada, asegúrese de hablar con las personas más cercanas a usted acerca de su decisión. La conversación es tan importante como el documento. De copias a los miembros de su familia o amigos y a su médico. También asegúrese, si va a un hospital, de llevar una copia. Por favor, no devuelva las formas completados a esta oficina.

Una enfermedad que pone la vida en peligro es un tema difícil de abordar. Sin embargo, si planifica ahora, sus elecciones pueden ser respetadas y usted puede aliviar al menos algo de la carga de sus seres queridos en el futuro. También puede usar el otro formulario adjunto para donar sus órganos o hacer arreglos para después de su fallecimiento.

A continuación, describimos información importante relacionada a este tema:

- Si usted desea obtener información acerca de las Órdenes de No Reanimación (DNR, por sus siglas en inglés), consulte el sitio web <http://marylandmolst.org> o comuníquese con el Instituto de Sistemas de Servicios Médicos de Emergencia de Maryland directamente al 410-706-4367. Una forma para Orden Medica para el Tratamiento para el Mantenimiento de Vida (MOLST), (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST) contiene ordines médicas acerca de la resucitación cardiopulmonar (CPR) y otras órdenes médicas acerca de tratamientos de mantenimiento de vida. Un doctor o una enfermera practicante pueden emplear una forma MOLST para el personal médico de emergencia (Respuesta al 911) para proveer los cuidados confortables en lugar de procedimientos de resucitación. A forma MOLST puede encontrarse en internet en: <http://marylandmolst.org>. Desde esta página puede hacer clic en “MOLST Form.”
- El Departamento de Salud de Maryland pone a su disposición una directiva anticipada que se concentra en las preferencias relacionadas con el tratamiento de la salud mental. Este formulario se puede encontrar en Internet en: <http://bha.health.maryland.gov/SitePages/Forms.aspx>. Desde esa página, bajo “Formularios,” haga clic en “Directiva anticipada para Tratamiento de Salud Mental.”

Espero que esta información le sea de utilidad. **Lamento que una demanda tan abrumadora nos limite y no podamos proporcionar un juego de formularios a cada solicitante.** Sin embargo, puede hacer tantas copias como desee. Se puede encontrar información adicional acerca de las directivas anticipadas en Internet en: <http://www.oag.state.md.us/healthpol/advancedirectives.htm>.

Brian E. Frosh
Procurador General

104 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

Tabla de contenido

Planificación de atención médica con directivas anticipadas

Se incluye formulario opcional

Su derecho a decidir

Los adultos pueden decidir por sí mismos si desean tratamiento médico. Este derecho a decidir (a decir sí o no al tratamiento propuesto) se aplica a tratamientos para extender la vida, como un respirador o un tubo de alimentación. De manera trágica, un accidente o enfermedad puede quitarle a una persona la capacidad de tomar decisiones acerca de su atención médica. Sin embargo, de todas formas deben tomarse estas decisiones. Si usted no puede hacerlo, alguien más lo hará. Estas decisiones deberían reflejar sus propios valores y prioridades.

Una ley de Maryland llamada la Ley de Decisiones de Atención Médica (Health Care Decisions Act) establece que usted puede realizar la planificación de la atención de su salud mediante “directivas anticipadas.” Una directiva anticipada se puede usar para nombrar un agente de atención médica. Esto es alguien en quien usted confía para tomar las decisiones relacionadas a su atención médica por usted. Una directiva anticipada también se puede usar para establecer cuáles son sus preferencias acerca de los tratamientos que podrían usarse para sostener su vida.

El Estado ofrece un formulario para realizar esta planificación, que se incluye con este folleto. El formulario completo se llama “Directiva anticipada de Maryland: Planificación de decisiones de atención médica para el futuro.” Se compone de tres partes: la Parte I, Selección del agente de atención médica; la Parte II, Preferencias de tratamiento (“Testamento vital”); y la Parte III, Firma y testigos. Este folleto explicará cada parte.

La directiva anticipada tiene el propósito de reflejar sus preferencias. Usted puede completarlo en su totalidad o sólo una parte, y puede cambiar el texto. La ley no requiere que usted use estos formularios. También se pueden usar formularios diferentes, redactados de la manera que usted quiera. Por ejemplo, un formulario muy popular, llamado los *Cinco Deseos*, está disponible (con un pequeño cargo) por parte de una organización sin fines de lucro, Aging With Dignity (Envejecer con dignidad). Usted puede obtener información acerca de ese documento en Internet en www.agingwithdignity.org o escribir a: Aging with Dignity, P.O. Box 1661, Tallahassee, FL 32302.

Este formulario opcional se puede completar sin necesidad de ir a un abogado. Pero, si existe algo que usted no entiende acerca de la ley o sus derechos, quizá debería conversar con un abogado. También puede solicitar a su médico que le explique las cuestiones médicas, incluyendo los beneficios o riesgos potenciales para usted de las diversas opciones. Usted debería decirle a su médico que ha realizado una directiva anticipada y darle una copia, igual que a otras personas que podrían participar en tomar estas decisiones por usted en el futuro.

Adenda G – Directivas anticipadas

En la Parte III del formulario se necesita la firma de dos testigos. Prácticamente cualquier adulto puede ser testigo. Sin embargo, si nombra un agente de atención médica, esa persona no puede ser testigo. Además, uno de los testigos debe ser una persona que no se beneficiaría en términos financieros con su muerte ni administraría su patrimonio. No es necesario certificar el formulario por un notario público.

Este folleto también contiene un formulario por separado llamado “Después de mi muerte.” Como sucede con las directivas anticipadas, su uso es opcional. Este formulario está compuesto por cuatro partes: Parte I, Donación de órganos; Parte II, Donación del cuerpo; Parte III, Disposición del cuerpo y arreglos funerarios; y la Parte IV, Firmas y testigos.

Una vez que usted ha realizado las directivas anticipadas, permanecen en vigencia a menos que usted las revoque. No tienen fecha de vencimiento y ni su familia ni nadie excepto usted las puede cambiar. Debería revisar periódicamente sus decisiones, pues las circunstancias podrían cambiar en su vida o sus actitudes podrían cambiar. Tiene la libertad de enmendar o revocar una directiva anticipada en cualquier momento, hasta cuando usted tenga todavía la capacidad para tomar decisiones. Dígales a su médico y a cualquiera que tenga una copia de sus directivas anticipadas si las enmienda o las revoca.

Si usted ya realizó una directiva anticipada en Maryland anterior, testamento vital o ha otorgado un poder de representación con duración extendida para su atención médica, ese documento es aún válido. También, si ha realizado una directiva anticipada en otro estado, es válido en Maryland. Usted debería revisar estos documentos para ver si prefiere realizar una nueva directiva anticipada en su lugar.

Parte I de la directiva anticipada: Selección del agente de atención médica

Usted puede nombrar a cualquier persona que desee (excepto, en general, alguien que trabaje para una institución de atención médica donde está recibiendo tratamiento) para que sea su agente de atención médica. **Para nombrar un agente de atención médica, use la Parte I del formulario de directiva anticipada.** (Algunas personas se refieren a esta clase de directiva anticipada como “poder de representación con duración extendida para atención médica.”) Su agente de salud hablará por usted y tomará las decisiones basadas en qué le gustaría a usted hacer o sus mejores intereses. Usted decide cuánto poder tendrá su agente para tomar decisiones de atención médica. Usted también puede decidir cuándo quiere que su agente tenga este poder: inmediatamente o sólo después que el médico dice que usted ya no está capacitado para tomar decisiones por usted mismo.

Puede elegir a un miembro de la familia como agente de atención médica, pero no es que tenga que hacerlo. Recuerde, su agente tendrá el poder de tomar decisiones importantes de tratamiento, aún cuando otras personas cercanas a usted podrían presionar por una decisión diferente. Elija a la persona más calificada para ser su agente de atención médica. También, considere elegir uno o dos agentes de reemplazo, en caso que su primera elección no estuviera disponible cuando se necesite. Asegúrese de informar a la persona que eligió y asegúrese que esta persona entiende qué es lo más importante para usted. Cuando el momento llegue de tomar las decisiones, su agente de atención médica debería seguir las directivas que usted dejó por escrito.

106 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

Tenemos un manual útil que le puede dar a su agente de atención médica. Se llama *“Tomar decisiones médicas por otra persona: Un manual para Maryland.”* Usted o su agente pueden obtener una copia en Internet visitando la página de inicio del Procurador General en: <http://www.marylandattorneygeneral.gov/Health%20Policy%20Documents/ProxyHandbook.pdf>. Usted también puede solicitar una copia llamando al 410-576-7000.

El formulario que se incluye con este folleto no le da a nadie el poder de administrar su dinero. Nosotros no tenemos un formulario estándar para enviar. Hable con su abogado acerca de la planificación de cuestiones financieras en caso de incapacidad.

Parte II de la directiva anticipada: Preferencias de tratamiento (“testamento vital”)

Usted tiene el derecho de usar una directiva anticipada para decir qué quiere acerca de las cuestiones relacionadas al tratamiento futuro para sostener la vida. Usted puede hacer esto en la Parte II del formulario. Si nombra un agente de atención médica y además toma decisiones acerca del tratamiento en una directiva anticipada, es importante que indique (en la Parte II, párrafo G) si quiere que su agente esté obligado estrictamente por las decisiones de tratamiento que usted haya tomado, cualesquiera que sean.

La Parte II es un testamento vital. Le permite decidir acerca de los procedimientos para sostener la vida en tres situaciones: cuando la muerte a causa de una enfermedad terminal es inminente a pesar de que se le apliquen procedimientos para sostener la vida; una condición de inconciencia permanente llamada estado vegetativo persistente; y una condición en etapa terminal, que es una condición avanzada, progresiva, e incurable que tiene como consecuencia una completa dependencia física. Un ejemplo de condición en etapa terminal podría ser la enfermedad de Alzheimer en estado avanzado.

Preguntas frecuentes acerca de directivas anticipadas en maryland

1. ¿Debo usar algún formulario en particular?

No. Se proporciona un formulario opcional, pero puede cambiarlo o usar otro diferente. Naturalmente, ningún proveedor de atención médica le puede negar atención simplemente porque usted decidió no completar el formulario.

2. ¿A quién puedo elegir como agente de atención médica?

A cualquier persona de 18 años o más, excepto, en general, un propietario, operador o empleado de una institución de atención médica donde un paciente está recibiendo tratamiento.

3. ¿Quién puede atestiguar una directiva anticipada?

Se necesitan dos testigos. En general, cualquier adulto competente puede ser testigo, incluyendo su médico u otro proveedor de atención médica (pero tenga presente que algunas instituciones tienen una política contraria a que sus empleados actúen como testigos). Si nombra un agente de atención médica, esa persona no puede ser testigo en su directiva anticipada. También, uno de los dos testigos debe ser alguien que (i) no recibirá dinero ni propiedades de su patrimonio y (ii) no es la persona que usted nombró para administrar su patrimonio después de su muerte.

4. ¿Los formularios deben estar certificados por notario público?

No, pero si usted viaja frecuentemente a otro estado, consulte con un abogado que conozca el tema para comprobar si ese estado requiere la notarización.

5. ¿Alguno de estos documentos se relaciona con asuntos financieros?

No. Si usted desea planificar la manera en que sus asuntos financieros se administrarán si usted está incapacitado, hable con su abogado.

6. Al usar estos formularios para tomar una decisión, ¿cómo puedo mostrar las elecciones que prefiero?

Escriba sus **iniciales** al lado de la declaración que dice lo que usted quiere. **No** use tildes ni X. Si lo desea, también puede tachar con líneas las otras declaraciones que no expresan lo que usted desea.

7. ¿Debería completar ambas Partes I y II de los formularios de directiva anticipada?

Depende de lo que usted quiera hacer. Si usted sólo desea nombrar un agente de atención médica, únicamente complete las Partes I y III, y hable con la persona acerca de la manera que debería decidir esas cuestiones por usted. Si todo lo que quiere es dejar instrucciones de tratamiento, complete las Partes II y III. Si desea ambas cosas, complete las tres partes.

8. ¿Estos formularios son válidos en otro estado?

Depende de la legislación del otro estado. La mayoría de las leyes de los estados reconocen las directivas anticipadas hechas en otro lugar.

9. ¿Cómo puedo obtener formularios de directiva anticipada de otro estado?

Comuníquese con Caring Connections (NHPCO) al 1-800-658-8898 o en Internet en: <https://www.nhpc.org/patients-and-caregivers/advance-care-planning/advance-directives/downloading-your-states-advance-directive>.

10. ¿A quién le debería dar copias de mi directiva anticipada?

Reparta copias a su médico, agente de atención médica y agente(s) de reemplazo, hospital o institución residencial si usted permanecerá allí y a miembros de la familia o amigos que deberían conocer sus deseos. Considere llevar una tarjeta en su billetera que diga que tiene directivas anticipadas y con quién deberían comunicarse.

11. ¿La ley federal acerca de la privacidad de registros médicos (HIPAA) requiere algún texto especial acerca de mi agente de atención médica?

No se requiere ningún texto especial, pero es prudente. El texto acerca de la HIPAA se ha incorporado al formulario.

12. ¿Puede mi agente de atención médica o mi familia decidir cuestiones de tratamiento diferentes a las que dejé por escrito?

Depende de cuánta flexibilidad les desee dejar. Algunas personas desean dar flexibilidad a los miembros de su familia u otras personas para aplicar el testamento vital. Otras personas desean que se siga muy estrictamente. Expresé lo que usted desea en la Parte II, párrafo G.

13. ¿Es una directiva avanzada lo mismo que un “plan de cuidados del paciente” (“Patient’s Plan of Care”), que la forma de “Instrucciones sobre las opciones de tratamiento del mantenimiento de vida”? (Instructions on Current Life-Sustaining Treatment Options) ¿o la forma para “Ordenes médicas para el mantenimiento de vida”? (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment) (MOLST) form

No. Esas son formas empleadas en las instituciones para los cuidados de salud para documentar discusiones acerca de asuntos relacionados con los actuales tratamientos del mantenimiento de vida. Estas formas no intentan emplearse como una directiva avanzada para nadie. En lugar de eso, son records médicos que son escritos solamente por el doctor u otros profesionales de los cuidados presentes en la discusión acerca de los tratamientos para el mantenimiento de vida relacionada a la condición médica del paciente.

Adenda G – Directivas anticipadas

14. ¿Puede mi doctor rechazar o cancelar mi testamento en vida?

Usualmente, no. sin embargo, un doctor no está obligado a proveer un tratamiento “médico ineficaz”, aún si el testamento lo especifica.

15. ¿Si yo tengo una directiva avanzada, también necesito una forma MOLST?

Depende. Si usted **no quiere** asistentes de servicios médicos de emergencia tratando de resucitarle en el evento de un paro cardíaco o respiratorio, usted debe tener una forma MOLST conteniendo una orden DNR firmada por su doctor, enfermera practicante o asistente de doctor. Una EMS/DNR aprobada por el Instituto Maryland de los Sistemas de Servicios Médicos de Emergencias (EMS/DNR of Maryland Institute for Emergency Medical Services Systems) también sería una orden válida.

16. ¿Tiene que ser una forma en particular la orden de DNR?

Sí. El personal de los servicios médicos de emergencia tiene muy poco tiempo para evaluar la situación y actuar de manera apropiada. Por lo tanto no es práctico pedirles que interpreten documentos que pueden variar en su forma y contenido. En lugar de eso puede encontrar la forma estándar MOLST en internet en <http://marylandmolst.org> o contacte el Maryland Institute for Emergency Medical Services System en **410-706-4367** para obtener información acerca de la forma MOLST.

17. ¿Puedo llenar una forma para ser donador de órganos?

Sí. Use la parte I de la forma “After My Death” (Después de mi muerte).

18. ¿Y acerca de donar mi cuerpo para motivos de educación médica o investigación?

La Parte II de la forma “After My Death” (Después de mi muerte) es en general una declaración de esos deseos. El Consejo de Anatomía del Estado tiene un programa específico acerca de donaciones, conteniendo una forma de pre-registro disponible. Llame al Consejo de Anatomía al **1-800-879-2728** para obtener la forma e información adicional.

19. Si yo nombro a un agente de los cuidados de salud y el agente de los cuidados de salud fallece o no se le puede contactar, pudiera contactarse a una persona suplente que pudiera tomar las mismas decisiones que mi agente de los cuidados de salud hubiera tomado? ¿La persona suplente que tomará las decisiones está obligada a seguir las instrucciones que asenté en mi directiva avanzada?

Sí, a la persona suplente que tomara las decisiones está obligada a tomar las decisiones basándose en sus deseos conocidos. Una directiva avanzada que contiene claras e inequívocas instrucciones acerca de las opciones de tratamientos es la mejor evidencia de sus derechos conocidos y por lo tanto deben ser respetados por la persona suplente que tomará las decisiones.

110 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

La Parte II, párrafo G le permite a usted escoger una de dos opciones acerca del grado de flexibilidad que usted quiere otorgar a la persona que ultimadamente tomará las decisiones de sus tratamientos por usted, ya sea que esta persona sea un agente de los cuidados de salud o una persona suplente para tomar sus decisiones. Bajo la primera opción usted le daría instrucciones a la persona que tomaría las decisiones por usted como preferencias declaradas para ser una guía pero que pueden alterarse en el caso en que el suplente piense que esa alteración fuera mejor para sus intereses. La segunda opción requiere del suplente que toma las decisiones adhiriéndose estrictamente a las preferencias que usted desea, aún si la persona suplente piensa que pudiera haber mejores alternativas.

actualizado agosto 2019

Si tiene preguntas acerca del procedimiento, hable con su médico o abogado, o si tiene alguna pregunta acerca de la forma, puede llamar a la División de Política de Salud de la oficina del Procurador General al **410-576-6327** o enviarnos un correo electrónico a Adforms@oag.state.md.us.

Puede obtener más información acerca de las Directivas Anticipadas en nuestro sitio en internet en: <http://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/advancedirectives.aspx>.

Directiva Anticipada de Maryland:

Planificación de Decisiones Futuras de Atención Médica

Por: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Nombre en letra de imprenta) (Mes/Día/Año)

El uso este formulario de directiva anticipada para la planificación de la atención médica es completamente opcional. Asimismo, en Maryland son válidos otros formularios. No importa qué formulario use, hable con su familia y otras personas cercanas acerca de sus deseos.

Este formulario tiene dos partes para declarar sus deseos, y una tercera parte para las firmas necesarias. La Parte I de este formulario le permite responder esta pregunta: Si no puede (o no quiere) tomar sus propias decisiones de atención médica, ¿quién quiere que las tome por usted? La persona elegida se llama su agente de atención médica. **Asegúrese de hablar con su agente de atención médica (y cualquier agente de reemplazo) acerca de este importante papel.** La Parte II le permite escribir sus preferencias acerca de los esfuerzos para extender su vida en tres situaciones: enfermedad terminal, estado vegetativo persistente y condición en etapa terminal. Además de las decisiones de planificación de su atención médica, puede elegir convertirse en un donante de órganos después de su muerte completando el formulario para ese fin.

→ Puede llenar las Partes I y II de este formulario, o sólo la Parte I, o sólo la Parte II. Use el formulario para reflejar sus deseos, y luego firme frente a dos testigos (Parte III). Si sus deseos cambian, realice una nueva directiva anticipada.

Asegúrese de dar una copia del formulario completado a su agente de atención médica, su médico y otras personas que puedan necesitarlo. Mantenga un copia en casa en un lugar donde alguien lo pueda encontrar si es necesario. Revise periódicamente lo que ha escrito.

Parte I: Selección de un Agente de Atención Médica

A. Selección de un Agente Primario

Yo selecciono a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones de atención médica por mí:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

(hogar y celular)

112 ¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan,
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

B. Selección de Agentes de reemplazo

(Opcional; formulario válido si queda en blanco)

1. Si fuera imposible comunicarse a tiempo con mi agente primario o por alguna razón no está disponible o no puede o no quiere actuar como mi agente, entonces selecciono a la siguiente persona para actuar en este carácter:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

(hogar y celular)

2. Si fuera imposible comunicarse a tiempo con mi agente primario y con mi primer agente de reemplazo o por alguna razón no están disponibles o no pueden o no quieren actuar como mi agente, entonces selecciono a la siguiente persona para actuar en este carácter:

Nombre: _____

Números de teléfono: _____

(hogar y celular)

C. Facultades y Derechos del Agente de Atención Médica

Deseo que mi agente tenga plenas facultades para tomar decisiones de atención médica por mí, incluyendo la facultad para:

1. Otorgar consentimiento o no a los procedimientos y tratamientos médicos que mis médicos ofrecen, incluyendo dispositivos que tienen el propósito de mantenerme con vida, como respiradores y tubos de alimentación;
2. Decidir quién debería ser mi médico y otros proveedores de atención médica; y
3. Decidir dónde debería recibir tratamiento, incluyendo si debería estar en un hospital, institución residencial u otro centro de atención médica o dentro del programa de un centro para enfermos terminales.
4. También deseo que mi agente:
 - a. Viaje conmigo en una ambulancia si alguna vez necesito ir al hospital de urgencia; y
 - b. Pueda visitarme si estoy en un hospital o en otro centro de atención médica.

Esta directiva anticipada no convierte a mi agente en responsable de ningún costo de mi atención médica.

Adenda G – Directivas anticipadas

Este poder está sujeto a las siguientes condiciones o limitaciones:
(Opcional; formulario válido si queda en blanco)

D. Cómo debe mi agente decidir cuestiones específicas

Confío en el buen juicio de mi agente. Mi agente debería primero ver si hay algo en la Parte II de esta directiva anticipada que lo ayude a decidir la cuestión. Luego, mi agente debería pensar en las conversaciones que hemos tenido, mis creencias religiosas y otros valores, mi personalidad y la manera en que manejé las cuestiones médicas y otros asuntos importantes en el pasado. Si lo que yo decidiría aún no está claro, entonces mi agente debe tomar las decisiones por mí que mi agente cree son en mi mejor interés. Al hacerlo, mi agente debería considerar los beneficios, cargas y riesgos de las opciones que presentan mis médicos.

E. Las personas que mi agente debería consultar

(Opcional; formulario válido si queda en blanco)

Al tomar decisiones importantes en mi nombre, animo a mi agente a consultar con las siguientes personas. Al completar esta parte, no es mi intención limitar la cantidad de personas con quienes mi agente puede consultar ni limitar la facultad de mi agente de tomar decisiones.

Nombre(s):

Número(s) de teléfono:

| | |
|-------|-------|
| <hr/> | <hr/> |

F. En caso de Embarazo

(Opcional, para mujeres en edad de concebir únicamente; formulario válido si queda en blanco)

Si estoy embarazada, mi agente seguirá las siguientes instrucciones específicas:

G. Acceso a mi información de salud — Autorización de la Ley Federal de Privacidad (HIPAA)

1. Si, con anterioridad al momento en que la persona seleccionada como mi agente tiene el poder de actuar bajo este documento, mi médico desea hablar con esta persona sobre mi capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica, autorizo a mi médico a divulgar la información protegida de mi salud relacionada con ese asunto.
2. Una vez que mi agente tenga plenas facultades para actuar bajo este documento, mi agente puede solicitar recibir y revisar cualquier información, oral o escrita, relacionada con mi salud física o mental, incluyendo entre otros, los registros médicos y de hospital y otra información de salud protegida, y dar consentimiento a la divulgación de esta información.
3. A todos los efectos relacionados con este documento, mi agente es mi representante personal bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Mi agente puede firmar, como mi representante personal, cualquier formulario de exoneración y otros materiales relacionados con la HIPAA.

H. Entrada en vigor de esta Parte

(Lea ambas declaraciones con cuidado. Después, escriba sus iniciales sólo en una.)

La facultad de mi agente entra en vigencia:

1. Inmediatamente después de mi firma del presente documento, sujeto a mi derecho de tomar cualquier decisión acerca de mi atención médica si lo deseo y estoy en condiciones de hacerlo.



>>O<<

2. Cuando no pueda tomar decisiones informadas acerca de mi atención médica, ya sea porque el médico a cargo de mi atención (médico tratante) decide que he perdido esta capacidad en **forma temporaria**, o mi médico tratante y un médico consultado están de acuerdo en que he perdido esta capacidad en **forma permanente**.



Si lo único que usted desea hacer es seleccionar un agente de atención de salud, pase a la Parte II. Vaya a la Parte III para firmar y hacer que se atestigüe la directiva por adelantado. Si además quiere escribir sus preferencias de tratamiento, pase a la Parte II. Además considere ser un donante de órganos, usando para ello el formulario separado.

Adenda G – Directivas anticipadas

Parte II: Preferencias de Tratamiento (“Testamento vital”)

A. Declaración de Metas y Valores

(Opcional: Formulario válido si queda en blanco)

Quiero expresar algo acerca de mis metas y valores, y especialmente lo que es más importante para mí durante la última parte de mi vida:

B. Preferencia en caso de una enfermedad terminal

(Si desea establecer cuál es su preferencia, escriba sus iniciales en una solamente. Si no desea establecer una preferencia aquí, tache toda la sección.)

Si mis médicos certifican que mi muerte a causa de una enfermedad terminal es inminente, aunque se utilicen procedimientos para sostener mi vida:

1. Mantenerme cómodo y permitir que ocurra la muerte natural. No deseo ninguna intervención médica que se use para tratar de extender mi vida. No deseo recibir nutrición ni líquidos mediante tubos u otros medios médicos.

>>O<<

 _____

2. Mantenerme cómodo y permitir que ocurra la muerte natural. No deseo intervenciones médicas que se usen para extender mi vida. Si no puedo tomar suficiente nutrición por boca, sin embargo, deseo recibir nutrición y líquidos mediante tubos u otros medios médicos.

>>O<<

 _____

3. Tratar de extender mi vida todo lo posible, usando todas las intervenciones disponibles que a juicio de los médicos razonablemente impediría o retrasaría mi muerte. Si no puedo tomar suficiente nutrición por boca, deseo recibir nutrición y líquidos mediante tubos y otros medios médicos.

 _____

116 **¿Tiene preguntas?** Visite myuhc.com/CommunityPlan, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**.

C. Preferencia en caso de estado vegetativo persistente

(Si usted desea establecer cuál es su preferencia, escriba sus iniciales solamente en una. Si no desea establecer una preferencia aquí, tache toda la sección.)

Si mis médicos certifican que estoy en un estado vegetativo persistente, es decir, si no estoy conciente y no tengo conciencia de mí mismo ni del ambiente o no puedo interactuar con los demás, y no existe una expectativa razonable de que alguna vez recupere la conciencia:

1. Mantenerme cómodo y permitir que ocurra la muerte natural. No deseo ninguna intervención médica que se use para tratar de extender mi vida. No deseo recibir nutrición ni líquidos mediante tubos u otros medios médicos.

 _____

>>O<<

2. Mantenerme cómodo y permitir que ocurra la muerte natural. No deseo intervenciones médicas que se usen para extender mi vida. Si no puedo tomar suficiente nutrición por boca, sin embargo, deseo recibir nutrición y líquidos mediante tubos u otros medios médicos.

 _____

>>O<<

3. Tratar de extender mi vida todo lo posible, usando todas las intervenciones disponibles que a juicio de los médicos razonablemente impediría o retrasaría mi muerte. Si no puedo tomar suficiente nutrición por boca, deseo recibir nutrición y líquidos mediante tubos y otros medios médicos.

 _____

D. Preferencia en caso de una condición en etapa terminal

(Si usted desea establecer cuál es su preferencia, escriba sus iniciales en una solamente. Si no desea establecer una preferencia aquí, tache toda la sección.)

Si mis médicos certifican que tengo una condición en etapa terminal, es decir, una condición incurable que continuará su curso hasta la muerte y que ya ha resultado en pérdida de capacidad y dependencia física completa:

1. Mantenerme cómodo y permitir que ocurra la muerte natural. No deseo ninguna intervención médica que se use para tratar de extender mi vida. No deseo recibir nutrición ni líquidos mediante tubos u otros medios médicos.

 _____

>>O<<

Adenda G – Directivas anticipadas

>>O<<

2. Mantenerme cómodo y permitir que ocurra la muerte natural. No deseo intervenciones médicas que se usen para extender mi vida. Si no puedo tomar suficiente nutrición por boca, sin embargo, deseo recibir nutrición y líquidos mediante tubos u otros medios médicos.



>>O<<

3. Tratar de extender mi vida todo lo posible, usando todas las intervenciones disponibles que a juicio de los médicos razonablemente impediría o retrasaría mi muerte. Si no puedo tomar suficiente nutrición por boca, deseo recibir nutrición y líquidos mediante tubos y otros medios médicos.



E. Alivio del dolor

Independientemente de mi condición, quiero que me administren los medicamentos u otros tratamientos necesarios para aliviar el dolor.

F. En caso de embarazo

(Opcional, para mujeres en edad de concebir solamente; formulario válido si queda en blanco.)

Si estoy embarazada, mi agente seguirá las siguientes instrucciones específicas:

G. Entrada en vigor de las Preferencias establecidas

(Lea ambas declaraciones con cuidado. Luego, escriba sus iniciales en una solamente.)

1. Soy consciente que es imposible prever todas las cosas que podrían suceder después de que ya no pueda decidir por mí mismo. Mis preferencias establecidas tienen la intención de servir como guía a quien deba tomar las decisiones en mi nombre y en el de los proveedores de atención médica, pero los autorizo a ser flexibles en la aplicación de esta declaración si sienten que al hacerlo estarían actuando en mi mejor interés.

 _____

>>O<<

2. Soy consciente que es imposible prever todas las cosas que podrían suceder después de que ya no pueda decidir por mí mismo. Sin embargo, deseo que quien esté tomando las decisiones en mi nombre y en el de los proveedores de atención médica, siga mis preferencias establecidas exactamente como están escritas, aún cuando piensen que alguna alternativa sería mejor.

 _____

Adenda G – Directivas anticipadas

Parte III: Firmas y testigos

Al firmar a continuación como el Declarante, estoy indicando que soy emocional y mentalmente competente para realizar esta directiva anticipada y que entiendo su propósito y efectos. También entiendo que este documento reemplaza toda directiva anticipada similar que pueda haber completado antes de esta fecha.

(Firma del declarante)

(Fecha)

El Declarante firmó o reconoció haber firmado este documento en mi presencia y, basado en observación personal parece ser competente emocional y mentalmente para realizar esta directiva anticipada.

(Firma del testigo)

(Fecha)

Número(s) de teléfono

(Firma del testigo)

(Fecha)

Número(s) de teléfono

(Nota: La persona seleccionada como agente de atención médica en la Parte I no puede ser testigo. Además, por lo menos uno de los testigos debe ser alguien que a sabiendas no heredará nada del Declarante ni obtendrá con conocimiento un beneficio financiero de la muerte del Declarante. La ley de Maryland no requiere que este documento esté certificado por un notario.)

Después de mi muerte

(Este documento es opcional. Haga sólo aquello que refleje sus deseos.)

Por: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Nombre en letra de imprenta) (Mes/día/año)

Parte I: Donación de órganos

(Escriba sus iniciales en las que usted desea. Tache todo lo que no desee.)

Al morir deseo donar:  _____

Todo órgano, tejidos u ojos que sean necesarios.  _____

Sólo los siguientes órganos, tejidos u ojos:

Autorizo el uso de mis órganos, tejidos u ojos:

Para trasplante  _____

Para terapia  _____

Para investigación  _____

Para educación médica  _____

Para todo propósito autorizado por la ley  _____

Adenda G – Directivas anticipadas

Entiendo que ningún órgano, tejido ni ojos se pueden retirar para trasplante hasta después de haber sido declarado muerto. **Este documento no tiene la intención de cambiar nada acerca de mi atención médica mientras estoy con vida.** Después de mi muerte, autorizo toda medida adecuada de soporte para mantener la viabilidad del trasplante de mis órganos, tejidos y ojos hasta que la recuperación de los órganos, tejidos y ojos se haya completado. Entiendo que mi patrimonio no será responsable de ningún costo relacionado con esta donación.

Parte II: Donación del cuerpo

Después de la donación de órganos indicada en la Parte I, deseo donar mi cuerpo para su uso en un programa de estudios médicos.

 _____

Parte III: Disposición del cuerpo y Arreglos funerarios

Deseo que la persona que nombro a continuación tome las decisiones acerca de la disposición de mi cuerpo y los arreglos de mi funeral: (Escriba sus iniciales en la primera o bien complete la segunda.)

El agente de atención médica que nombré en mi directiva anticipada.

 _____

>>O<<

Esta persona:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número(s) de teléfono: _____

(hogar y celular)

Adenda G – Directivas anticipadas

Si he escrito mis deseos más abajo, los mismos deberían respetarse. De lo contrario, la persona que he nombrado debería decidir basado en las conversaciones que hemos tenido, mis creencias religiosas y otros valores, mi personalidad y la manera en que reaccioné ante los arreglos funerarios de otras personas. Mis deseos acerca de la disposición de mi cuerpo y lo arreglos de mi funeral son los siguientes:

Parte IV: Firma y testigos

Al firmar a continuación, estoy indicando que soy emocional y mentalmente competente para realizar esta donación y que entiendo el propósito y efectos de este documento.

(Firma del donante)

(Fecha)

El Donante firmó o reconoció haber firmado este documento en mi presencia y, basado en observación personal parece ser competente emocional y mentalmente para realizar esta donación.

(Firma del testigo)

(Fecha)

Número(s) de teléfono

(Firma del testigo)

(Fecha)

Número(s) de teléfono

¿Tiene preguntas? Visite myuhc.com/CommunityPlan, 123
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY 711.

Tabla de contenido

Después de mi muerte

Parte II: Donación de mi cuerpo

El Consejo de Anatomía del Estado, una unidad del Departamento de Salud (Department of Health) administra a través de todo el Estado un programa para la donación de cuerpos. La Donación Anatómica les permite a las personas dedicar el uso de sus cuerpos después de haber fallecido al adelanto de la educación médica, el entrenamiento clínico y relacionado a la salud y a los estudios de investigación de las instituciones médicas de Maryland. El Consejo de Anatomía requiere que las personas se registren previamente a sus fallecimientos como donadores anatómicos al programa del Estado de Donación de Cuerpo. No hay restricciones médicas o cualificaciones para ser un “Donador de Cuerpo”. Al fallecimiento, el Consejo asumirá custodia y control del cuerpo para efectos de estudio. Es un verdadero legado que se deja para que otros tengan vidas saludables. Para obtener información y formas, contacte al Consejo, llamando gratuitamente al **1-800-879-2728**.

¿Recordó ...

- Completar la Parte I, si desea nombrar un agente de atención médica?
- Nombrar uno o dos agentes de reemplazo en caso que su primera elección como agente de atención médica no estuviera disponible cuando lo necesite?
- Hablar con su agente y agentes de reemplazo acerca de sus valores y prioridades, y decidir si eso es suficiente guía o si también desea tomar decisiones específicas de atención médica en la directiva anticipada?
- Si desea tomar decisiones específicas, completar la Parte II, eligiendo cuidadosamente entre las alternativas?
- Firmar y fechar la directiva anticipada en la Parte III, frente a dos testigos que también deben firmar?
- Repasar el formulario “Después de mi muerte” para ver si desea completar alguna parte del mismo?
- Asegurarse de que su agente de atención médica (si nombró a alguien), su familia y su médico sepan acerca de la planificación anticipada de su atención médica?
- Dar una copia de su directiva anticipada a su agente de atención médica, miembros de la familia, médico y hospital o institución residencial si usted es un paciente allí?



Estamos aquí para usted

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-800-318-8821**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. ET de lunes a viernes. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección myuhc.com/CommunityPlan.

UnitedHealthcare Community Plan
6220 Old Dobbin Lane
Columbia, MD 21045

**United
Healthcare
Community Plan**

