



Indiana. Octubre de 2023



Le damos la bienvenida a la comunidad

Manual para Miembros de Hoosier Care Connect

United
Healthcare
Community Plan

Índice

Para empezar	5
Lista de verificación para miembros nuevos	5
Su guía de referencia rápida de Hoosier Care Connect	6
Números de teléfono importantes	8
Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan	10
Cómo funciona nuestro plan de salud	10
Tarjeta de identificación de miembro	11
Servicios para Miembros	12
Descubra su plan en línea	13
Aplicación móvil	14
NurseLine	14
Renueve su cobertura	14
Nativos americanos o nativos de Alaska	15
Cómo obtener los servicios	16
¿Cómo puedo participar en mi atención de la salud?	16
Servicios culturalmente competentes	17
Materiales en formatos alternativos	17
Servicios de interpretación	17
Elija su PMP	17
Cambie su PMP	18
Cómo obtener atención de la salud	19
Cómo obtener atención especializada: referidos	20
Servicios sin referidos	22
Proveedores fuera de la red	24
Atención de emergencia	24
Atención fuera del horario habitual/atención de urgencia	26
Servicios de salud conductual	26
Telesalud (visitas virtuales)	27
Atención fuera de Indiana	27

2 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN),
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Servicios y beneficios cubiertos	<u>28</u>
Servicios cubiertos	<u>28</u>
Servicios sin cobertura	<u>30</u>
Otros programas ofrecidos por el estado de Indiana	<u>31</u>
Copagos	<u>31</u>
¿Puede un proveedor facturarme servicios?	<u>32</u>
Transporte	<u>32</u>
Nuestros programas	<u>34</u>
Coordinador de atención	<u>34</u>
Personas con necesidades especiales	<u>35</u>
Miembros en cuidado tutelar	<u>35</u>
Dejar de consumir tabaco y productos de vapeo.	<u>36</u>
Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT)	<u>37</u>
Atención para adultos	<u>40</u>
Atención para la vista	<u>45</u>
Atención dental	<u>46</u>
Necesidades sociales	<u>47</u>
Programas adicionales para ayudarlo a mantenerse saludable	<u>48</u>
Farmacia	<u>52</u>
Cómo conseguir sus recetas (medicamentos)	<u>52</u>
Aprobación previa	<u>53</u>
Administración terapéutica de medicamentos	<u>53</u>
Programa Right Choices	<u>54</u>
Servicios de salud conductual	<u>55</u>
Beneficios del tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias.	<u>55</u>
Qué esperar al obtener ayuda	<u>56</u>
Cómo programar una cita de salud conductual	<u>57</u>
Recursos y apoyo.	<u>58</u>

Procedimientos del plan	<u>59</u>
Proceso de autorización previa	<u>59</u>
Otro seguro	<u>60</u>
Nuevos tratamientos médicos y tecnología	<u>61</u>
Programa de incentivos para proveedores	<u>61</u>
Quejas y reclamos de los miembros	<u>61</u>
Aviso de determinación adversa de beneficios	<u>62</u>
Apelaciones	<u>63</u>
Directrices anticipadas	<u>66</u>
Fraude, malgasto y abuso	<u>67</u>
Cambios en el estilo de vida	<u>68</u>
Cómo cambiar el plan de salud	<u>68</u>
Transición de la atención si cambia de plan	<u>69</u>
Recomendaciones de cambios	<u>69</u>
Otros detalles del plan	<u>70</u>
Derechos y responsabilidades de los miembros	<u>70</u>
Recursos comunitarios	<u>73</u>
Definiciones del plan de salud	<u>75</u>
Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad	<u>80</u>

Para empezar

Lista de verificación para miembros nuevos

Como nuevo miembro, recibirá varios correos importantes de UnitedHealthcare Community Plan. A continuación, encontrará una lista de verificación creada para ayudarlo a aprovechar al máximo sus beneficios y cobertura de Hoosier Care Connect.

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, si necesita ayuda para completar cualquiera de estas tareas.

	Tarea	Notas
	Regístrese para obtener su cuenta del portal en línea	Visite myuhc.com/CommunityPlan/IN para registrarse.
	Complete la encuesta sobre sus necesidades de salud	Si completa la encuesta dentro de los primeros 90 días como miembro nuevo, ganará una tarjeta de regalo de \$35. Hay tres maneras de completar la encuesta: <ul style="list-style-type: none">• Acceda a la encuesta a través de su cuenta del portal en línea• Complete un formulario impreso. Este formulario llegará en la correspondencia que incluye su tarjeta de identificación de miembro. En ese paquete encontrará un sobre prepagado para que no tenga que pagar los gastos de envío cuando envíe la encuesta.• Si no tiene acceso a Internet o no ha recibido su tarjeta de identificación de miembro por correo, puede completar la encuesta por teléfono con Servicios para Miembros
	Utilice la aplicación de UnitedHealthcare	Descargue la aplicación UnitedHealthcare en su teléfono inteligente o tableta Apple® o Android™ para mantenerse conectado. Esto le brinda acceso a su tarjeta de identificación de miembro, Servicios para Miembros, NurseLine, Doctor Chat y más. También podemos ayudarlo a obtener un teléfono inteligente gratuito con llamadas, mensajes de texto y datos ilimitados para que pueda usar esta aplicación.
	Ver o imprimir su tarjeta de identificación de miembro	Si tiene su tarjeta de identificación de miembro, verifique que sus datos sean precisos. Si alguno de los datos es incorrecto, llame a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 . Si no ha recibido su tarjeta de identificación de miembro por correo, puede imprimir una en línea usando su cuenta del portal.

□	Tarea	Notas
	Elija o cambie su Médico de atención primaria (Primary Medical Provider, PMP)	Elija un proveedor registrado de Hoosier Care Connect. Para acceder directamente a la función “Doctor Lookup” (Buscar médico), puede seguir este enlace: https://www.uhccommunityplan.com/IN .
	Programe una cita con su PMP	Su PMP es el médico principal al que acude. Cuando visita al mismo PMP, es más fácil entablar una relación con esa persona. Su PMP está a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para atender sus inquietudes de salud.
	Conéctese con su navegador de Servicios para Miembros	¿Tiene problemas con alguna de las tareas de la lista? Su navegador de Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 , TTY 711 , para conocer a su navegador. Será su principal persona de apoyo mientras sea miembro del plan.

Su guía de referencia rápida de Hoosier Care Connect

Quiero:	Puede comunicarse con:
Buscar un médico, especialista o servicio de atención de la salud	Su PMP. Si necesita ayuda para elegir su PMP, llame a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 .
Obtener la información de este manual en otro formato o idioma	Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 .
Obtener transporte de ida y vuelta a mis citas de atención de la salud	Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 . También puede encontrar más información sobre los servicios de transporte en este manual.
Obtener ayuda para manejar mi estrés o ansiedad	<p>911 si está en peligro o necesita atención médica inmediata.</p> <p>Línea directa de salud conductual las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-855-780-5955. También puede llamar al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro.</p>

Quiero:	Puede comunicarse con:
Obtener respuestas a preguntas o inquietudes básicas sobre mi salud, síntomas o medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Su PMP • NurseLine, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-800-801-4407 • Doctor Chat, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana en myuhc.com/CommunityPlan
Comprender una carta, una factura o un aviso sobre mi atención de la salud	Su navegador. Para comunicarse con su navegador, llame a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 .
Obtener ayuda con las necesidades sociales. Esto incluye aspectos como la vivienda, obtener alimentos todos los días, ir al supermercado o sentirse seguro.	Su navegador. Para comunicarse con su navegador, llame a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 . También puede visitar UHCHealthierLives.com .
Actualizar mi dirección	Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA). Actualícela en su portal de la FSSA en https://fssabenefits.in.gov/bp/#/ . Servicios para Miembros puede ofrecer más opciones.
Buscar un Directorio de proveedores u otra información general sobre mi plan de salud	El sitio web, UHCCommunityPlan.com
Reemplazar una tarjeta de identificación de miembro perdida	El sitio web, myuhc.com/CommunityPlan/IN , para imprimir una nueva tarjeta. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 .
Informar a mi plan de salud cómo deseo que se comuniquen conmigo (por ejemplo, correo postal, correo electrónico, letra grande, braille, español)	El sitio web, myuhc.com/CommunityPlan/IN . O llame a su navegador. Para comunicarse con su navegador, llame a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 .
Permitir que otra persona hable con mi plan de salud (representante autorizado, poder notarial)	El sitio web, myuhc.com/CommunityPlan/IN . También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-832-4643 .
Comuníquese con el agente de inscripción estatal (para cambiar de plan de salud y hacer preguntas durante la inscripción abierta)	Maximus por teléfono al 1-866-963-7383 .

Números de teléfono importantes

En este manual, se incluyen muchos recursos. Esta es una lista de algunos números de teléfono importantes para su viaje de atención de la salud como miembro de Hoosier Care Connect:

Emergencias (disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

Emergencia médica	911
Línea de crisis de salud conductual	1-855-780-5955
Centro Nacional de Control de Intoxicaciones	1-800-222-1222
Red nacional de Prevención del Suicidio	988
Línea de ayuda para personas mayores	1-602-264-4357

Recursos de UnitedHealthCare Community Plan

Servicios para Miembros (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este)	1-800-832-4643, TTY 711
NurseLine (asesoramiento de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, brindado por personal de enfermería)	1-866-801-4407
Transporte (llame con más de 3 días hábiles de anticipación)	1-800-832-4643, TTY 711
Autorización previa	1-800-832-4643, TTY 711
Línea directa para el consumo de sustancias	1-855-780-5955

Recursos del estado de Indiana

Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA)	1-800-403-0864
Línea para dejar de fumar (y vapear) de Indiana	1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)
Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)	1-800-522-0874
Maximus (agente de inscripción)	1-866-963-7383

8 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN),
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

Sus detalles personales

Mi número de identificación de UnitedHealthcare Community Plan es: _____

Asegúrese de completar los espacios en blanco, a fin de poder tener estos números listos. Utilice los espacios en blanco de la cuadrícula para enumerar los especialistas o anotar otros números importantes que necesite.

Contacto	Nombre	Número de teléfono
Navegador de Servicios para Miembros		
Administrador de atención médica		
Médico de atención primaria (PMP)		
Farmacia		
Proveedor de salud conductual		
Dentista		
Oftalmólogo		

Si considera que existe una situación de fraude, malgasto o abuso, infórmelo. Llame a la línea directa de fraude de UHC al **1-844-359-7736**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**. No utilizaremos su nombre en su informe. No tendrá problemas por informar estos hechos. Nosotros revisaremos la situación por usted. El estado de Indiana también cuenta con una línea directa gratuita de fraude, malgasto y abuso. Puede llamar al **1-800-403-0864**. Puede informar de manera anónima. Los usuarios de TTY pueden marcar **711** para todas las opciones.

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan

Nos complace tenerle como miembro. Esperamos poder satisfacer sus necesidades de atención médica. UnitedHealthcare Community Plan es su plan de salud. Lo ayudaremos a obtener toda la atención y los servicios médicos que necesita. Debe solicitar y recibir atención de un médico o proveedor de salud que esté registrado en los Programas de Cobertura de Salud de Indiana (Indiana Health Coverage Programs, IHCP). Su Médico de atención primaria (PMP) formará parte de la red de UnitedHealthcare Community Plan.

UnitedHealthcare Community Plan es un contratista de Hoosier Care Connect, que es un programa de Medicaid. Este programa fue creado por la Administración de Servicios Sociales y Familiares (Family and Social Services Administration, FSSA) de Indiana y atiende a personas de edad avanzada, ciegas o discapacitadas, incluidos niños que reciben servicios cuidado tutelar y aquellos bajo la custodia del estado.

Este Manual para Miembros lo ayudará a encontrar servicios y comprender cómo funciona nuestro plan de salud. También le proporcionaremos recursos valiosos.

Cómo funciona nuestro plan de salud

Uno de los primeros pasos para conocerlo y entender sus necesidades es realizar una breve Encuesta de necesidades de salud. Nuestro objetivo es ayudarlo a comprender su cobertura, conectarlo con recursos y responder cualquier pregunta que tenga.

Podrá conocer a su navegador de Servicios para Miembros. Según sus necesidades a largo plazo, también puede comunicarse con un administrador de atención. Usted, su médico y nuestro equipo trabajan juntos en un plan de atención médica. A continuación, el administrador de atención establecerá llamadas telefónicas de seguimiento y visitas a domicilio para satisfacer sus necesidades. Usted es responsable de trabajar con su médico, conocido como su PMP. El PMP es su médico principal. Se encarga de su tratamiento médico y clínico, y también puede referirlo a un especialista. Este profesional trabaja con usted para administrar su atención. Hable con su PMP sobre todas sus necesidades de atención de la salud.

Es importante que tenga una comunicación honesta y abierta con él y que siga las indicaciones que le brinde. Su PMP podrá determinar los servicios que necesita para mantenerse saludable.

Un paso importante para estar y mantenerse saludable es elegir un PMP. Llámenos lo antes posible para confirmar el suyo. Si no tiene, lo ayudaremos a encontrar uno. Comience a obtener más información sobre su nuevo plan de salud Hoosier Care Connect.

10 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Tarjeta de identificación de miembro

Cuando se inscriba en nuestro plan, recibirá una tarjeta de identificación de UnitedHealthcare Community Plan. Su tarjeta de identificación es su llave para obtener servicios de atención de la salud, incluidos los servicios de atención de la salud conductual. Esta indica su número de identificación, su nombre y demás información importante. Su tarjeta de identificación le identifica como miembro de UnitedHealthcare Community Plan.

Si cambia de PMP, le enviaremos una nueva tarjeta. Es importante que deseche su tarjeta anterior cuando reciba la nueva.

Cuando reciba su tarjeta, verifíquela cuidadosamente. Llame a Servicios para Miembros inmediatamente si alguna parte de la información en su tarjeta es incorrecta. Puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Consejos rápidos

- Su tarjeta de identificación es para que la use únicamente usted. No deje que otros la usen.
- Lleve siempre su tarjeta de identificación cuando la necesite. Guárdela en un lugar seguro.
- No pierda su tarjeta ni la arroje a la basura.
- Necesitará su tarjeta al momento de obtener atención médica o cuando retire medicamentos de la farmacia.
- El uso indebido del número de identificación médica, como el préstamo o la venta de la tarjeta o la información incluida en ella, es ilegal.
- El uso indebido de la tarjeta o del número de identificación médica puede generar acciones legales y usted podría perder su elegibilidad, los beneficios y los servicios de atención de la salud de Medicaid.
- Si nota que otras personas están obteniendo beneficios para los que no son elegibles o que alguien está usando de forma indebida la tarjeta de identificación médica, por favor infórmenos al respecto inmediatamente. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**. Los IHCP también tienen una manera de informar problemas. La Línea de inquietudes para proveedores y miembros de IHCP es 1-800-457-4515. También puede enviar un correo electrónico a program.integrity@fssa.in.gov.
- Debe llamar a la Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA) de Indiana al 1-800-403-0864 o a UnitedHealthcare Community Plan para informar sobre cualquier proveedor que crea que puede estar prestando servicios a los miembros que no son necesarios o que no deberían prestarse.

¿Perdió su tarjeta de identificación de miembro?

Si usted o un familiar pierden una tarjeta, pueden imprimir una nueva en myuhc.com/CommunityPlan/IN. Si necesita que le envíen una tarjeta nueva, llame a Servicios para Miembros. También puede descargar la aplicación móvil de UnitedHealthcare en su teléfono inteligente. La aplicación móvil incluye una tarjeta de identificación de miembro digital que puede usarse en cualquier momento. Ofrecemos teléfonos inteligentes gratuitos que vienen con la aplicación móvil cargada. Llámenos o presente la solicitud en mybenefitphone.com.

Servicios para Miembros

Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo con sus preguntas e indicarle cómo renovar su cobertura. Pueden:

- Responder preguntas sobre sus beneficios para la salud física y conductual
- Ayudarlo a resolver un problema o una inquietud que pueda tener con su médico o cualquier parte de su plan de salud
- Ayudarlo a encontrar un médico o dentista
- Brindarle información acerca de nuestros médicos, sus antecedentes y los centros de atención de nuestra red
- Ayudarlo si recibe una factura médica por un servicio cubierto
- Informarle sobre los recursos comunitarios disponibles para ayudarlo con temas como alimentos, transporte, vivienda, ropa y seguridad
- Ayudarlo si habla otro idioma, tiene un impedimento visual, necesita servicios de interpretación, servicios de lenguaje de signos u otras adaptaciones
- Ayudarlo a conectarse con su navegador o administrador de atención
- Ayudarlo con preguntas que usted pueda tener
- Ayudarlo a obtener materiales en un formato alternativo, como braille, letra grande o archivo de audio
- Ayudarlo a programar citas médicas, dentales y de la vista
- Programar el transporte
- Proporcionarle una copia del Manual para Miembros sin costo alguno para usted

Se brindan servicios gratuitos para ayudar a los miembros a comunicarse con nosotros, como otros idiomas, braille, archivo de audio o letra grande. O puede solicitar un intérprete. Para solicitar ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.

Cuando nos llame...

Le hacemos preguntas para verificar su identidad. Hacemos esto para proteger su privacidad. Así lo dictamina la ley federal y estatal. Reúna la siguiente información antes de llamar:

- Número de identificación de miembro
- Dirección y número de teléfono actuales registrados en la FSSA (Administración de Servicios Sociales y Familiares)
- Fecha de nacimiento

Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo

Llame al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, excepto los feriados estatales.

Descubra su plan en línea

Visite myuhc.com/CommunityPlan/IN para inscribirse y tener acceso web a su cuenta. Este sitio web seguro contiene toda su información de salud en un solo lugar. Registrarse es fácil y rápido. ¡Inscríbese hoy! Simplemente visite myuhc.com/CommunityPlan/IN, seleccione “Register” (Registrarse) en la página de inicio y siga las sencillas instrucciones. Usted está a solo unos pocos clics de acceder a todo tipo de información. Obtenga más de su atención médica.

Motivos excelentes para usar myuhc.com/CommunityPlan/IN

- Buscar un médico
- Encontrar un hospital
- Obtener acceso a aplicaciones gratuitas
- Llevar un registro de sus antecedentes médicos
- Aprender a mantenerse saludable
- Buscar beneficios
- Imprimir una tarjeta de identificación
- Completar su evaluación de necesidades de salud
- Ver historial de reclamaciones

Aplicación móvil

Nuestra aplicación de UnitedHealthcare® está disponible para su teléfono inteligente. Simplemente busque la aplicación **UnitedHealthcare** en App Store o Google Play y descárguela. Puede acceder a su tarjeta de identificación de miembro digital, revisar los beneficios para la salud, acceder a la información de reclamaciones, encontrar médicos y más. Cuando reciba un teléfono gratuito de nuestra parte, la aplicación móvil estará precargada. Llame a Servicios para Miembros o presente la solicitud en mybenefitphone.com.

NurseLine

Nuestra línea de enfermería, NurseLine, le brinda acceso telefónico al experimentado personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Pueden brindarle información, apoyo y educación para cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud. Llame a NurseLine al 1-866-801-4407, TTY 711.

El personal de NurseLine puede responder sus preguntas y ayudarlo a tomar una decisión informada acerca de si debe llamar a su médico, visitar un centro de atención de urgencias o ir a la sala de emergencias (emergency room, ER). Si el personal de NurseLine le indica que acuda a la sala de emergencias, esto se denomina exención.

Renueve su cobertura

Si desea conservar sus beneficios, debe renovar su inscripción en Medicaid. Para algunos miembros de Hoosier Care Connect, se requiere una redeterminación anual. Antes del vencimiento, la Administración de Servicios Sociales y Familiares (FSSA) le enviará por correo un recordatorio de "Aviso de Renovación". Lea atentamente las instrucciones que vienen con su formulario de renovación. Es posible que deba firmar el formulario y reenviarlo con cierta información; o es posible que solo deba revisar el formulario e informar si alguna parte de la información ha cambiado. Si es correcta, no tendrá que responder. Para permanecer en el programa Hoosier Care Connect, debe seguir siendo elegible para Medicaid.

Existen algunas excepciones. Estos grupos tienen la renovación automática de Hoosier Care Connect.

- Beneficiarios del Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) inscritos en Hoosier Care Connect
- Jóvenes en cuidado tutelar y bajo custodia del estado

Nativos americanos o nativos de Alaska

Los nativos americanos o nativos de Alaska pueden optar por excluirse de Hoosier Care Connect y volver a los beneficios de pago por servicio (a veces denominado Medicaid tradicional). Esto se hace a pedido. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Cómo obtener los servicios

¿Cómo puedo participar en mi atención de la salud?

Involúcrese en su atención visitando a su PMP con frecuencia. Participará de las elecciones sobre su atención. Le enviaremos boletines informativos con información útil sobre su atención médica. También le informaremos sobre las novedades que ocurran con nuestro plan.

Además, podemos enviarle encuestas sobre su salud y UnitedHealthcare Community Plan. Completar estas encuestas es otra manera de participar en su atención de la salud.

Aproveche estos materiales

Queremos que se sienta con pleno control de su salud y su atención de la salud. Tenemos muchos folletos que pueden ayudarlo. Estos incluyen los siguientes:

- **Atención preventiva:** recordatorio de servicios preventivos, vacunas, exámenes de glaucoma
- **Afecciones crónicas:** asma, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, arteriopatía coronaria, cómo cuidarse la presión arterial, estenosis de la columna vertebral, demencia, depresión, arritmia, vasculopatía periférica, trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar, cuidado neuropático de los pies, caries, gingivitis
- **Formas de mantener segura el área donde vive**
- **Folleto *Usted puede dejar de fumar***
- **Información sobre vacunas contra la neumonía y la gripe:** signos y síntomas de la gripe, cuidados para la gripe, guía para la gripe: preguntas y respuestas; **folleto *No Más Excusas***
- **Live and Work Well:** Liveandworkwell.com ofrece artículos y herramientas útiles para mejorar el bienestar. Esto incluye lo siguiente:
 - Directorio de proveedores de salud mental y conductual en línea
 - Programas de autoayuda, evaluación y prevención
 - Artículos educativos, guías y recursos
- **Aplicación Self Care:** aplicación móvil a pedido que ayuda con el estrés, la ansiedad y la depresión

Para obtener folletos, comuníquese con su navegador o administrador de atención. También puede revisar su plan de atención en myuhc.com/CommunityPlan/IN.

Servicios culturalmente competentes

La atención culturalmente competente consiste en tener los conocimientos y las habilidades para obtener resultados positivos. Esto incluye idioma, estilos de vida, valores, creencias y actitudes. Pida que le proporcionen materiales culturalmente sensibles, traducidos o impresos en formatos alternativos. Comuníquese con su navegador al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Materiales en formatos alternativos

Los materiales en formatos alternativos son servicios o dispositivos que ayudan a las personas con dificultades sensoriales, manuales o del habla a tener la misma oportunidad de participar en el plan de salud. Son gratuitos a pedido. Estos formatos alternativos incluyen materiales con letra grande, materiales en otros idiomas, braille y formatos de audio. Llame a su navegador al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Servicios de interpretación

Si el inglés no es su idioma principal, podemos proporcionarle un intérprete. Si es sordo o tiene problemas de audición, podemos proporcionarle un intérprete de lenguaje de señas estadounidense. También puede encontrar un proveedor que hable otros idiomas además del inglés. Pregunte a su navegador si necesita ayuda para elegir su PMP.

Elija su PMP

Un paso importante para estar y mantenerse saludable es elegir un PMP. Este médico es el médico principal al que acude para los chequeos anuales, y puede referirlo a especialistas. Este proveedor debe conocer todos los medicamentos que toma y cualquier servicio que reciba.

Su PMP puede ser cualquiera de los siguientes:

- Un médico general o de familia
- Un médico de medicina interna
- Personal de enfermería practicante o especialistas en enfermería clínica
- Un asistente médico
- Un obstetra/ginecólogo o una enfermera partera
- Un pediatra (para niños menores de 18 años)

Cómo obtener los servicios

Si su PMP actual trabaja con UnitedHealthcare Community Plan, no necesita elegir un nuevo proveedor. Si su PMP actual NO trabaja con UnitedHealthcare Community Plan, llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643** para obtener asistencia y elegir un nuevo proveedor. Consulte la lista de los PMP de UnitedHealthcare Community Plan. Si no elige un proveedor, se le asignará uno. Luego le informaremos el nombre, la dirección y el número de teléfono de su PMP.

Debe elegir un PMP que esté en nuestra red de proveedores. Una red de proveedores es un grupo de proveedores que han celebrado un contrato con UnitedHealthcare Community Plan para prestar servicios. Puede usar la función “Doctor Lookup” (Buscar médico) en línea, una herramienta de búsqueda de proveedores que le permitirá encontrar un médico, hospital, otro proveedor de atención médica o centro. La herramienta le permite buscar por categorías específicas. Para acceder directamente a la función “Doctor Lookup” (Buscar médico), puede seguir este enlace: <https://www.uhcommunityplan.com/IN>.

Puede encontrar la siguiente información adicional sobre un proveedor de la red:

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
- Calificaciones profesionales y especialidad
- Las certificaciones de la junta médica y el estado de las certificaciones del proveedor
- Capacidades culturales y lingüísticas, incluidos los idiomas que habla el proveedor o un intérprete médico especializado en el consultorio del proveedor
- Consultorios aptos para miembros con discapacidades físicas. Puede consultar esto en el Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan en línea en <https://www.uhcommunityplan.com/IN>
- Información de residencia/facultad de medicina

Su navegador también puede ayudarlo a elegir proveedores dentro de su red de proveedores. Si desea seleccionar un proveedor en función de su comodidad, ubicación o preferencia cultural, puede decírselo a su navegador.

Usted puede recibir una copia impresa o por correo electrónico del Directorio de Proveedores si llama a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Cambie su PMP

Su PMP le conoce, tiene sus registros y conoce los medicamentos que toma. Es la persona más indicada para garantizar que usted reciba una buena atención médica. Podría haber momentos en los que desee cambiar de PMP. De ser así, debe comunicarse con los Servicios para Miembros. Podemos responder sus preguntas y ayudarlo a encontrar un nuevo PMP. También podemos enviarle una lista impresa o por correo electrónico de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan para que elija.

18 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCommunityPlan.com/IN](https://www.uhcommunityplan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

También puede usar la herramienta de Búsqueda de proveedores en UHCCommunityPlan.com. El cambio de PMP se realizará en un día hábil. Su nueva tarjeta de identificación de miembro puede tardar hasta 10 días en llegar por correo. Podrá usar su tarjeta de identificación de miembro digital hasta que llegue su tarjeta de reemplazo.

Algunos motivos por los que puede cambiar su PMP:

- Se mudó y necesita uno más cerca de su domicilio
- No está satisfecho con la atención que le brinda

Algunos motivos por los que no puede cambiar su PMP:

- Usted solicitó un PMP que no pertenece a la red de UnitedHealthcare
- Solicitó un PMP que no está tomando pacientes nuevos

Su PMP puede pedirle que se cambie a otro proveedor en los siguientes casos:

- Usted y el proveedor no se llevan bien
- Usted no sigue las recomendaciones del proveedor
- Usted llega tarde o no se presenta a las citas

Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo

Llame al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, excepto los feriados estatales.

Cómo obtener atención de la salud

Su PMP y su navegador o administrador de atención trabajarán con usted para que reciba la atención que necesita. Los PMP deben proporcionar cobertura las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si necesita una cita inmediata o urgente y su PMP no puede darle una, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda. Trate de concertar las visitas con el proveedor con la mayor antelación posible. Su PMP atiende a muchos pacientes todos los días. La visita a su proveedor ocurrirá en los plazos que se muestran a continuación.

Si necesita ayuda para programar una cita, llame a su navegador.

Cómo obtener los servicios

Citas con el PMP

Atención de urgencia:	Las citas deben programarse tan pronto como lo requiera su afección de salud, pero a más tardar dos días hábiles después de la solicitud.
Atención de rutina:	En un plazo de 21 días calendario a partir de la solicitud.

Citas con especialistas, incluidas las citas con especialistas dentales

Atención de urgencia:	Las citas deben programarse tan pronto como lo requiera su afección de salud, pero a más tardar dos días hábiles después de la solicitud.
Atención de rutina:	En un plazo de 45 días calendario a partir de la solicitud.

Cancelación o cambio de citas

Llame con al menos 24 horas de anticipación a su cita, o lo antes posible, para cancelar o cambiar las citas (del PMP y el especialista). Si falta a más de una visita sin llamar, su médico puede no verlo de nuevo.

Las visitas de bienestar (también llamadas exámenes o controles de bienestar) están cubiertas para todos los miembros. La mayoría de las visitas de bienestar incluyen antecedentes médicos, un examen físico, evaluaciones de salud, asesoramiento sobre la salud y vacunas necesarias desde el punto de vista médico.

Cómo obtener atención especializada: referidos

Un especialista es un proveedor de atención médica que cuida determinada área del cuerpo.

Su PMP lleva un registro de TODAS sus necesidades de atención de la salud cubiertas. Si necesita atención especializada, este profesional puede referirlo a un especialista o a otro médico.

Si necesita servicios que solo pueden proporcionarse en el hospital, comuníquese con el PMP o el especialista al que acude para tratar ese problema. El PMP o especialista harán todos los arreglos para su estadía en el hospital y le darán instrucciones.

También puede solicitar servicios sin un referido y puede elegir un proveedor de la red de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan.

20 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com/IN, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Para las citas de atención especializada de urgencia, se lo atenderá a más tardar dos días hábiles después de la solicitud. Las citas de rutina se realizan dentro de los 45 días calendario posteriores a la solicitud.

Si su PMP quiere que consulte a un especialista que no tiene un contrato con UnitedHealthcare Community Plan:

- El especialista debe estar registrado en los IHCP
- El PMP debe obtener la aprobación (autorización previa) de UnitedHealthcare Community Plan

Queremos asegurarnos de que viva en el mejor lugar para su situación. Tenemos administradores de atención disponibles para ayudarlo a satisfacer sus necesidades médicas y de atención personal. Le haremos preguntas y le permitiremos tomar todas las decisiones sobre su atención médica. Esto se denomina planificación centrada en la persona. Si desea que un amigo o familiar participe, no hay problema. Trabajaremos con aquellas personas que son importantes para usted. Este proceso tiene las siguientes características:

- Se basa en las fortalezas, las preferencias de vida y las necesidades de apoyo
- Incluye oportunidades para acceder a actividades significativas, como conexiones sociales, empleo, actividades comunitarias y voluntariado
- Promueve la independencia y la inclusión en la comunidad

Si tiene preguntas, comuníquese con su navegador y solicite comunicarse con un administrador de atención. Su administrador de atención puede ayudarlo con las siguientes tareas:

- Elegir un médico (PMP) o ayudarlo a encontrar un especialista
- Obtener atención con su médico
- Administrar los servicios médicos
- Resolver problemas relacionados con su atención a través del establecimiento de objetivos
- Encontrar maneras de vivir de forma segura en su hogar
- Explicar las opciones de servicio y asignación
- Obtener servicios de salud conductual

Visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener una copia del **Directorio de proveedores de UnitedHealthcare Community Plan sin costo para usted**. Nuestro directorio incluye información sobre cómo nuestros proveedores pueden satisfacer sus necesidades culturales, lingüísticas o de accesibilidad.

UnitedHealthcare Community Plan no restringe el acceso a los servicios en función de principios morales o religiosos. Esto incluye servicios de asesoramiento o referidos. Si un proveedor se niega a prestar servicios que considera objetables debido a motivos morales o religiosos, lo ayudaremos a obtener acceso a otro proveedor que esté dispuesto a prestar dichos servicios. Para obtener ayuda, comuníquese con su navegador o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643, TTY 711**.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com/IN, 21
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643, TTY 711**.

Cómo obtener los servicios

Los miembros nativos americanos o nativos de Alaska pueden recibir servicios de atención de la salud de cualquier proveedor de servicios de salud para nativos americanos o de cualquier centro de propiedad u operación tribal en cualquier momento. Estos proveedores pueden referir al miembro a un proveedor de UnitedHealthcare Community Plan.

Servicios sin referidos

Algunos servicios están a su disposición sin necesidad de acudir a su PMP. Puede consultar a cualquier proveedor que pertenezca a la red de Medicaid de Indiana. Esto significa que estos proveedores no necesitan estar en la red de UnitedHealthcare. La siguiente cuadrícula muestra esos servicios.

Beneficio sin referido	Servicio cubierto
Quiropráctico	Las visitas al consultorio, las radiografías y los tratamientos físicos están cubiertos cuando consulta a cualquier quiropráctico que se encuentre en la red de Medicaid de Indiana.
Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes (Self Care)	La capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes incluye aspectos como el autocontrol de la glucosa en sangre (azúcar en sangre) o el asesoramiento sobre los medicamentos. Estos servicios pueden ser proporcionados por cualquier tipo de proveedor de la red de Medicaid de Indiana.
Atención de emergencia	Las visitas a la sala de emergencias (ER) están cubiertas en cualquier hospital de la red de Medicaid de Indiana. Consulte la sección Atención de emergencia para obtener detalles.
Planificación familiar	La planificación familiar cubre los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none">• Pruebas de Papanicolaou, incluidas las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y del virus del papiloma humano (VPH)• Cualquier servicio para prevenir o retrasar temporal o permanentemente el embarazo de las mujeres inscritas que están en edad fértil, incluidos los métodos anticonceptivos y la esterilización• Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI) y detección, pruebas y asesoramiento para miembros en riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) El proveedor debe estar en la red de Medicaid de Indiana.
Inmunizaciones	Las inmunizaciones (vacunas) están cubiertas para bebés, niños y adultos por cualquier Proveedor de la red Medicaid de Indiana.
Podólogo (médico especialista en pies)	Las visitas al consultorio, las radiografías, los servicios quirúrgicos y los zapatos y plantillas correctivos están cubiertos cuando consulta a cualquier podólogo de la red de Medicaid de Indiana.

22 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.UHCCommunityPlan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Beneficio sin referido	Servicio cubierto
Servicios psiquiátricos	Los servicios de evaluación y asesoramiento están cubiertos cuando los proporciona cualquier psiquiatra de la red de Medicaid de Indiana.
Atención de Urgencia	Las visitas de atención de urgencia están cubiertas en cualquier centro de la red de Medicaid de Indiana. Consulte la sección Atención fuera del horario habitual/Atención de urgencia para obtener más información.
Atención de la vista (ojos)	Los exámenes de rutina de la vista y los anteojos (armazones y lentes) están cubiertos cuando usted consulta a cualquier proveedor de servicios de la vista de la red de Medicaid de Indiana. Consulte la sección Atención de la vista para obtener más detalles.

Los servicios de la siguiente cuadrícula se consideran servicios sin referidos. Debe consultar a un proveedor que pertenezca a la red de UnitedHealthcare para obtener estos servicios.

Beneficio sin referido	Servicio cubierto cuando se presta dentro de la red
Atención dental de rutina	La atención dental de rutina incluye, entre otros, los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y limpiezas • Restauraciones (empastes) • Cirugía bucal (extracciones) • Dentaduras postizas y piezas parciales La ortodoncia (aparatos) y los servicios dentales de urgencia no se consideran de rutina. Consulte la sección Atención dental para obtener más información.
Servicios de salud conductual	Los Servicios de Salud Conductual incluyen tratamiento de salud mental y trastornos por consumo de sustancias proporcionado por un proveedor de servicios de salud mental (no un psiquiatra). Consulte la sección Salud conductual para obtener más información.

Proveedores fuera de la red

Si decide consultar a un proveedor que no tiene contrato con UnitedHealthcare Community Plan, deberá verificar que el proveedor esté registrado en los IHCP, mostrarle su tarjeta de identificación y asegurarse de que el proveedor obtenga una autorización previa para que se presten los servicios. Para que se paguen los servicios, el proveedor debe obtener una autorización previa de nuestra parte. Su navegador puede asegurarse de que reciba la ayuda que necesita. También puede ayudarlo con las siguientes tareas:

- Programar una cita o verificar el estado de un proveedor
- Encontrar un proveedor si no hay opción en nuestra red dentro de las 60 millas de donde vive

Atención de emergencia

Una emergencia es una afección médica cuyos síntomas son de tal gravedad que usted cree razonablemente que el hecho de no recibir atención médica de inmediato podría representar un peligro de vida o resultar en daños graves para usted o para su hijo por nacer.

Si tiene una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana.

No se requiere una Autorización Previa para los servicios de emergencia. Tiene el derecho de visitar cualquier sala de emergencias de un hospital u otro entorno en que se presten servicios de emergencia, como un centro de atención de urgencia cuando el consultorio de su médico esté cerrado.

No todos los problemas de salud son una emergencia. Algunas razones para llamar al **911** o para acudir a una sala de emergencias incluyen lo siguiente:

- Pérdida súbita de la sensibilidad o incapacidad de moverse
- Dolor torácico
- Dolor intenso en la zona del estómago
- Envenenamiento
- Un accidente grave
- Falta grave de aire
- Quemaduras graves
- Heridas graves o hemorragias severas
- Daño en los ojos
- Espasmos/convulsiones graves
- Fracturas óseas
- Ahogos o incapacidad de respirar en forma apropiada
- Vómitos de sangre
- Fuerte sentimiento de que podría hacerse daño o hacerle daño a otra persona
- Desmayo o desvanecimiento sin razón alguna (no se despierta)
- Peligro de muerte o de pérdida de una extremidad
- Pérdida del habla

Si tiene dudas sobre si se trata de una verdadera emergencia o si su situación requiere tratamiento en un centro de atención de urgencia o una sala de emergencias, llame a su PMP o a la línea de enfermería NurseLine al **1-866-801-4407**. La línea de enfermería NurseLine está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La NurseLine lo asesorará acerca de si debe acudir a urgencias.

Si acude a una sala de emergencias, muestre TODAS las tarjetas de identificación cuando llegue. Llame a su PMP y al Navegador o al Administrador de Atención en un plazo de dos días/48 horas, o lo antes posible. Si necesita atención de seguimiento, su PMP se encargará. Debe consultar a su PMP dentro de los siete días después de abandonar el hospital.

Si recibe servicios de emergencia, pídale al hospital o al médico que le envíen los registros a su proveedor. Si va a una sala de emergencias, diga lo siguiente:

- Que usted está inscrito en Hoosier Care Connect
- Que su plan de salud es UnitedHealthcare Community Plan
- Que se envíe sus registros médicos a su PMP

Si usted no puede brindar dicha información, pídale a un amigo o familiar que lo hagan.

Mientras esté en la sala de emergencias, obtendrá todos los servicios que necesite. Los médicos y el personal de enfermería le informarán cuando esté lo suficientemente estable como para retirarse. También se cubren los servicios posteriores a la estabilización. Se trata de cualquier atención que reciba después de que finalice la emergencia. Si necesita más pruebas o servicios, el personal de la sala de emergencias llamará a UnitedHealthcare para solicitar la aprobación. Esto solo ocurre una vez que la afección se estabilice.

Cuándo no asistir a la sala de emergencias

La mayoría de las enfermedades no son emergencias y pueden tratarse en el consultorio de su médico. También puede ser tratado en un centro de atención de urgencia. No debe usar una sala de emergencias si presenta alguno de estos problemas menores:

- Esguince o torcedura
- Cortadura o raspón
- Dolor de oídos
- Dolor de garganta
- Tos o resfrío
- Quemadura o erupción cutánea leve

Si no sabe con certeza si debe acudir a la sala de emergencias, llame a su PMP o a la línea de enfermería NurseLine al **1-866-801-4407**, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Atención fuera del horario habitual/atención de urgencia

Si no es una emergencia pero su PMP no está disponible, puede obtener servicios en un centro de atención de urgencia.

Si no está seguro de si sus síntomas ponen en riesgo su vida:

- Comuníquese con NurseLine al **1-866-801-4407**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
- Llame a su PMP.
- Visite [UHCDoctorChat.com](https://uhcdoctorchat.com) para obtener una visita virtual. Puede usar su teléfono inteligente, tableta o computadora portátil para hablar con un médico por videollamada.

Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://uhccommunityplan.com/IN) para ver una lista de los centros de atención de urgencia dentro de la red.

Servicios para casos de crisis de salud conductual

¿Qué debo hacer si experimento una crisis de salud conductual?

Si tiene una crisis de salud conductual o abuso de sustancias, es importante que reciba ayuda de inmediato. Recuerde que siempre debe llamar al **911** si se presenta una situación de emergencia médica, policial o de incendio.

Línea de crisis:

Si experimenta una crisis de salud conductual o abuso de sustancias, llame al 1-855-780-5955. La línea de crisis se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Las llamadas de casos de crisis las responde en vivo un especialista en crisis capacitado.

Líneas directas nacionales para casos de crisis disponibles las 24 horas:

Por teléfono:

Red nacional de prevención del suicidio **988**

Línea directa nacional para referidos y tratamientos
por trastornos y consumo de sustancias. **1-800-662-4357 (HELP)**

Por mensaje de texto:

Envíe un mensaje de texto con la palabra. **“HOME”** al **741741**

Por chat: <https://suicidepreventionlifeline.org/chat>

En línea: <https://suicidepreventionlifeline.org>

Línea de ayuda para personas mayores: línea de ayuda

para personas mayores disponible las 24 horas **602-264-4357**

26 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://uhccommunityplan.com/IN),
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Telesalud (visitas virtuales)

Existen muchas razones por las que es difícil acudir al médico. La telesalud es una forma de ser atendido por su médico sin tener que salir de su casa. Si tiene un alto riesgo por motivos de salud, hable con el consultorio de su médico. Es posible que pueda realizar una visita de telesalud. Esto también se denomina visita virtual al consultorio. Puede llevarse a cabo en la comodidad de su hogar.

Esta opción suele requerir el acceso a un teléfono inteligente que tenga cámara y un plan de datos. Si no tiene un plan de datos ilimitados, es posible que se apliquen cargos por uso.

También tenemos una solución de visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamada Dr. Chat. Si su PMP no está disponible, puede hablar con un proveedor en línea para plantear sus necesidades de atención de la salud. Obtenga más información en UHCDoctorChat.com. Estos son algunos motivos para usar Dr. Chat:

- Cree que tiene gripe
- Tiene problemas con sus alergias
- Podría tener conjuntivitis

Atención fuera de Indiana

Si se encuentra fuera del estado y necesita obtener una aprobación para recibir atención médica, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**. Todos los proveedores deben estar registrados como proveedores de Medicaid de Indiana para recibir pagos por los servicios que no se consideran una emergencia. Esto se aplica a los servicios médicos y de farmacia. Si tiene previsto estar fuera del estado, asegúrese de llevar con usted la cantidad suficiente de medicamentos.

Si tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Para cualquier situación que no sea una emergencia, deberá conseguir la aprobación por adelantado. Consulte la sección **Autorización previa para los servicios** para obtener más información.

Servicios y beneficios cubiertos

Servicios cubiertos

Estos son varios de los servicios cubiertos por Hoosier Care Connect que puede recibir si son médicamente necesarios. Su PMP lo ayudará a decidir si los necesita. Si usted recibe servicios que no están cubiertos por Hoosier Care Connect, es posible que tenga que pagar por ellos.

Si un proveedor le pide que firme un documento en el que se explica que un servicio no está cubierto, le está pidiendo que firme lo que se denomina exención. Esto significa que es un servicio que tendrá que pagar. El proveedor debe darle una exención antes de que usted acepte recibir ese servicio. El formulario incluirá información sobre el servicio que no está cubierto y el costo de ese servicio.

Beneficio	Cobertura
Ambulancia, terrestre y aérea	Con cobertura
Salud conductual (salud mental, ayuda con el consumo de alcohol o drogas)	Con cobertura
Atención quiropráctica	Con cobertura Consulte la sección Servicios sin referidos para obtener más detalles.
Atención continua después de hospitalizaciones (después de la estabilización)	Con cobertura
Atención dental	Con cobertura Consulte la sección Servicios sin referidos para obtener más detalles.
Tratamiento y evaluación del retraso en el desarrollo	Con cobertura
Autocontrol de la diabetes	Con cobertura Consulte la sección Servicios sin referidos para obtener más detalles.

Servicios y beneficios cubiertos

Beneficio	Cobertura
Tiras reactivas para la diabetes, equipo de control del azúcar en sangre	Con cobertura
Pruebas de diagnóstico, como una exploración por tomografía computarizada (CT) o imágenes por resonancia magnética (MRI)	Con cobertura
Sala de emergencias	Con cobertura Consulte la sección Transporte para obtener más detalles.
Atención de la vista (óptica)	Con cobertura Consulte la sección Servicios sin referidos para obtener más detalles.
Audífonos	Con cobertura (una vez cada cinco años)
Atención de la salud en el hogar	Con cobertura
Atención en centros de cuidados para enfermos terminales	Con cobertura
Hospitalizaciones	Con cobertura
Inmunizaciones	Con cobertura Consulte la sección Servicios sin referidos para obtener más detalles.
Análisis de laboratorio y radiografías	Con cobertura
Servicios de maternidad	Con cobertura
Suministros y equipos médicos	Con cobertura
Visitas al consultorio	Visitas a: <ul style="list-style-type: none"> • Un PMP (Médico de atención primaria) • Especialista (para adultos y niños) • Obstetra/ginecólogo (para mujeres)
Ortopedia: abrazaderas para pierna, zapatos ortopédicos, prótesis	Con cobertura

Servicios y beneficios cubiertos

Beneficio	Cobertura
Cirugías ambulatorias y atención de seguimiento	Con cobertura
Fisioterapia Terapia ocupacional Terapia del habla Terapia respiratoria	Con cobertura si se realizan en un consultorio o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o internados
Medicamentos con receta y administración terapéutica de medicamentos	Con cobertura
Cuidado de los pies de rutina por parte de un podólogo (médico especialista en pies)	Con cobertura Consulte la sección Servicios sin referidos para obtener más detalles.
Servicios en centros de enfermería especializada	Con cobertura; según la afección, hasta 30 días para estadias a corto plazo o hasta 60 días para estadias a largo plazo
Transporte	Con cobertura Consulte la sección Transporte para obtener más detalles.
Atención de urgencia	Con cobertura Consulte la sección Servicios sin referidos para obtener más detalles.
Controles de bienestar del niño (Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos)	Con cobertura

Servicios sin cobertura

Estos servicios no están cubiertos:

- Servicios que no son médicamente necesarios
- Servicios de hogares para ancianos o centros de atención a largo plazo
- Servicios en centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales

30 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com/IN, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

- Servicios en el marco del programa de Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home- and Community-Based Services, HCBS)
- Centro residencial de tratamiento psiquiátrico
- Hospitalización por estado psiquiátrico
- Servicios/atención que recibe en otro país
- Tratamientos en fase experimental o de investigación
- Cirugía o medicamentos para ayudarla a quedar embarazada
- Cirugía o tratamientos de cambio de sexo
- Cirugía estética (esto no se aplica a la cirugía reconstructiva)
- Vitaminas, suplementos y medicamentos de venta libre no cubiertos por el beneficio de farmacia
- Anticonceptivos de venta libre
- Servicios de auxiliar personal

Otros programas ofrecidos por el estado de Indiana

Los IHCP ofrecen algunos tipos de atención para los miembros de Hoosier Care Connect. Estos se denominan subcontrataciones. Estos servicios también están disponibles a través de cualquier médico inscrito los IHCP. Los servicios subcontratados incluyen:

- Opción de rehabilitación de Medicaid (Medicaid Rehabilitation Option, MRO)
- Servicios del Plan de Educación Individualizada (Individualized Education Plan, IEP)
- Plan de Servicios Familiares Individualizados (Primeros Pasos)
- Servicios integrales de exención 1915i

Si necesita ayuda para obtener estos servicios educativos, póngase en contacto con su navegador o administrador de atención.

Copagos

El programa Hoosier Care Connect ya no incluye un copago por los servicios. Comuníquese con Servicios para Miembros si se le pide que pague un servicio cubierto.

¿Puede un proveedor facturarme servicios?

Recibí una factura por servicios médicos

Informe a su proveedor que es miembro de Hoosier Care Connect. Muéstrole su tarjeta de identificación. No tiene que pagar facturas ni copagos por los servicios cubiertos por los proveedores registrados en los IHCP. El proveedor no tiene permitido cobrarle. Si recibe una factura, llame al proveedor y pídale que deje de facturarle y que presente una reclamación a UnitedHealthcare Community Plan. Si el proveedor continúa facturándole, llame a Servicios para Miembros y presente una queja formal (queja). Le enviaremos una carta a su proveedor para que deje de facturarle.

Mi proveedor me pidió un copago

El programa Hoosier Care Connect ya no requiere un copago. Llámenos si le piden que pague algún medicamento o servicio cubierto.

¿Cuándo se le puede facturar a los miembros por beneficios no cubiertos por la Administración de Servicios Sociales y Familiares?

Si acepta recibir servicios que no están cubiertos por UnitedHealthcare Community Plan o acuerda recibir servicios que exceden los montos permitidos por el plan, puede tener que pagar la factura.

Un proveedor puede facturar los servicios de un miembro, presentar una reclamación, o exigir o recaudar el pago por dichos servicios si ocurre lo siguiente:

1. el miembro solicita un beneficio que no está cubierto o autorizado por el plan de salud o la Administración de Servicios Sociales y Familiares; y
2. El Proveedor le entrega al miembro un documento que describe los beneficios y el costo aproximado; y
3. El miembro firma el documento antes de recibir los beneficios, en el que demuestra que comprende y acepta la responsabilidad de pago.

Transporte

Transporte de emergencia

El transporte y la atención de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al **911** o al número de emergencias de su localidad.

Tan pronto como pueda, llame a su PMP y a su navegador o Administrador de Atención. Si usted no puede llamar, pídale a un amigo o familiar que lo hagan. Si vive en un hogar para ancianos o centro de residencia asistida, comuníquese al personal. El personal se encargará de solicitar el transporte de emergencia y la atención de emergencia para usted.

Transporte (que no sea de emergencia)

Si necesita traslado a una cita médica, pídale ayuda a un amigo, familiar o vecino primero. Si no lo pueden trasladar, UnitedHealthcare Community Plan lo ayudará. Los miembros pueden recibir servicios de transporte que no sean de emergencia a través de UnitedHealthcare Community Plan para los servicios cubiertos por Hoosier Care Connect. Usted es responsable de coordinar su propio traslado. Los miembros o familiares pueden programar el transporte que no sea de emergencia.

Usted tiene transporte ilimitado a las visitas al médico. También cubrimos viajes para ir a citas del programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), al banco de alimentos y a citas de elegibilidad de Medicaid. Su navegador puede ayudarlo a programar el transporte. Si necesita un traslado y no puede programar con más de tres días de anticipación, llame para obtener ayuda.

Cumplir estas reglas lo ayudará a conseguir un traslado:

- Comuníquese por lo menos con **tres días hábiles** de anticipación
- Llame al **1-800-832-4643**, TTY **711**, para coordinar su traslado
- Si cancela la visita, llame al **1-800-832-4643** para cancelar el traslado
- Tenga a mano su tarjeta de identificación de Medicaid
- Conozca la dirección de su proveedor de atención médica y la fecha y hora de la cita
- Después de su visita, llame para que lo trasladen a su hogar
- Si su médico le da una receta, puede pasar por la farmacia para surtirla
- Infórmenos si tiene necesidades especiales, como una silla de ruedas
- Los miembros menores de 16 años deben estar acompañados por uno de sus padres o un tutor
- Los pases de autobús o el reembolso de millas de amigos y familiares pueden ser una opción. Llame a Servicios para Miembros para obtener más detalles.
- Las miembros embarazadas pueden ir acompañadas por cualquier persona
- Ambos padres pueden ir con el niño a una cita programada

Si tiene una emergencia que represente un peligro de vida, llame al **911**. El transporte que no sea de emergencia no se debe utilizar para emergencias.

Nuestros programas

Coordinación de atención

Nuestros servicios de coordinación de la atención los ayudarán a usted, a su familia, a los cuidadores y a los médicos a atender sus necesidades de atención de la salud. Nuestro objetivo es ayudarlo a recibir la atención adecuada en el momento y lugar correctos. Para ello, trabajamos junto con usted y sus médicos en su plan de atención individual. Coordinamos todas sus necesidades, incluidas las necesidades físicas, de salud conductual y sociales. La coordinación de la atención abarca lo siguiente:

- Administración de atención compleja
- Administración de la atención médica
- Manejo de enfermedades

Administración de atención compleja

Si tiene dos o más enfermedades o problemas de atención de la salud, es posible que sea elegible para la administración de atención compleja. La administración de la atención compleja se esfuerza por ayudarlo a alcanzar sus objetivos de atención de la salud trabajando con usted y sus médicos en un único plan de atención. Queremos asegurarnos de que recibe la atención adecuada para usted. Su Administrador de Atención compleja trabajará con usted, sus cuidadores y los proveedores para atender sus necesidades y ayudarlo a utilizar los recursos comunitarios que puedan beneficiarlo.

Manejo de enfermedades y administración de la atención médica

Si usted tiene una afección de salud crónica, como una cardiopatía, una nefropatía crónica, asma o diabetes, UnitedHealthcare tiene un programa para ayudarlo a vivir con su afección y mejorar su calidad de vida. Estos programas son voluntarios y están disponibles sin costo alguno para usted. Los programas les proporcionan a usted y a su familia información importante sobre su afección de salud, los medicamentos, los tratamientos y la importancia de las visitas de seguimiento con su proveedor.

Un equipo de personal de enfermería registrado, trabajadores sociales y trabajadores de salud comunitarios trabajará con usted, su familia, cuidador, PMP, otros proveedores de atención médica y recursos comunitarios. Su Administrador de Atención diseñará un plan de atención para satisfacer sus necesidades en el entorno más adecuado. También pueden ayudarlo con otras cuestiones, como perder peso, dejar de consumir productos a base de tabaco, concertar citas con su médico y recordarle las pruebas especiales que pueda necesitar.

34 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Usted o su proveedor pueden llamarnos para preguntar si nuestros programas de administración de la atención o de las enfermedades podrían ayudarlo. Si usted o su médico creen que un Administrador de Atención podría ayudarlo, o si desea más información sobre nuestros programas de administración de la atención o de las enfermedades, llámenos al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Personas con necesidades especiales

Contamos con muchos servicios que apoyan a las personas con necesidades especiales. Estamos aquí para asegurarnos de que usted tenga:

- Un navegador que sea su guía personal y lo ayude a obtener más información sobre el sistema de atención médica
- Ayuda para obtener todos los servicios que necesita
- Apoyo con necesidades sociales, como vivienda, oportunidades laborales y alimentos saludables
- Ayuda para obtener transporte hacia y desde a mis citas de atención de la salud
- Materiales disponibles en los formatos que necesita

También ofrecemos atención dental especializada para nuestros miembros con problemas sensoriales. Comuníquese con su navegador para obtener más información.

Miembros en cuidado tutelar

UnitedHealthcare Community Plan ofrece programas especiales para ayudar a los niños bajo cuidado tutelar que están inscritos en Hoosier Care Connect. Esto incluye la inscripción voluntaria de los niños bajo custodia, los niños bajo cuidado tutelar, los niños que han estado bajo tutela y los niños que reciben ayuda por adopción.

Todos los niños bajo cuidado tutelar tienen asignado un Administrador de Atención de UnitedHealthcare. Para comunicarse con su Administrador de Atención, llame a Servicios para Miembros.

Podrá coordinar y programar citas, informarse sobre los beneficios cubiertos, incluidos los servicios terapéuticos especiales, los programas mejorados y, si es necesario, un plan de atención personalizado. Hay ciertos cambios en el registro de su hijo en cuidado tutelar que solo puede realizar su administrador de casos familiares asignado por el estado o el Departamento de Servicios Infantiles (Department of Children's Services, DCS). Asegúrese de compartir con nosotros la información de contacto de su Administrador de Casos Familiares para que podamos ayudarlo más fácilmente a obtener los servicios y el apoyo que necesita su hijo en cuidado tutelar.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com/IN, 35
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Nuestros programas

Todos los niños bajo cuidado tutelar necesitan atención periódica de su PMP, dentista y oftalmólogo. Hable con su administrador de casos familiares para saber cuándo es la próxima vez que el niño debe visitar a un proveedor.

Nuestros Administradores de Atención están capacitados en la seguridad y las necesidades exclusivas de los niños bajo custodia y tutela. Trabajamos con recursos comunitarios, padres con tutela, niños bajo custodia y proveedores para promover los servicios de atención de la salud, incluidas las visitas de bienestar del niño. Estos son algunos de los recursos comunitarios disponibles:

- Children's Bureau
Sitio web: www.childrensbureau.org
Oficina: 1-317-634-5050
- Indiana Association of Resources and Child Advocacy
Sitio web: www.iarca.org
Oficina: 1-317-849-8497
- Departamento de Servicios Infantiles de Indiana
Sitio web: www.in.gov/dcs/fostercare.htm

HealthWatch

HealthWatch es un programa que ayuda a garantizar que los niños en cuidado tutelar sean atendidos por su médico para todos los exámenes de detección y tratamientos de cada grupo de edad.

Para obtener más información, comuníquese con su administrador de atención.

On My Way de UnitedHealthcare

Los jóvenes adultos que salen de cuidado tutelar suelen correr el riesgo de experimentar crisis, depresión, ansiedad y consumo de sustancias. Junto con la coordinación de la atención, ofrecemos On My Way, una herramienta en línea para guiar y apoyar a los jóvenes adultos a través del proceso de “abandonar” el cuidado tutelar y volverse independientes. Todos los jóvenes de entre 14 y 21 años pueden participar. Inscribese en www.uhcomw.com. Comuníquese con su navegador o administrador de atención para obtener más información.

Dejar de consumir tabaco y productos de vapeo

Deje los productos con nicotina. Podemos ayudarlo. Tan pronto como deja de fumar, su cuerpo comienza a reparar el daño causado por el uso de productos a base de tabaco.

Intentar dejar de consumir productos a base de tabaco es difícil. Sin embargo, todos los beneficios de dejar de fumar valen la pena. ¿Sabía que 20 minutos después de dejar de fumar, su ritmo cardiaco baja a un nivel normal? Y entre 12 y 24 horas después de dejar de fumar, el nivel de monóxido de carbono en la sangre disminuye a un nivel normal. Apoyamos a nuestros miembros que intentan dejar de fumar.

36 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCommunityPlan.com/IN, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

- Comuníquese con la Línea para Dejar de Fumar de Indiana para obtener asesoramiento y orientación. Ofrecen apoyo adicional para miembros embarazadas y adolescentes que consumen tabaco. Este programa es gratuito para todos los residentes de Indiana. Llame al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669). También puede visitar quitnowindiana.com.
- Visite a su médico para obtener asesoramiento y medicamentos que le ayuden a dejar de fumar. Permítanos ayudarlo a programar una cita.
- Los medicamentos vienen en diferentes formas, como parches, goma de mascar, pastillas y comprimidos. La mayoría de estos están cubiertos por sus beneficios. También podemos ayudarlo a comprender sus otros beneficios.
- Obtenga acceso a materiales educativos y otros recursos. Ofrecemos una amplia variedad de recursos y enlaces a material valioso.

Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT)

El beneficio de Evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT) proporciona servicios de atención de la salud integral y preventiva para niños menores de 21 años que están inscritos en Medicaid. Este beneficio es importante para garantizar que los niños y adolescentes reciban servicios preventivos, dentales, de salud mental, de desarrollo y especializados adecuados.

Temprano: evaluar e identificar problemas de manera temprana.

Periódico: controlar la salud de los niños en intervalos periódicos y adecuados para la edad.

Evaluación: realizar pruebas físicas, mentales, del desarrollo, dentales, de la audición, de la vista y otras pruebas de evaluación para detectar problemas.

Diagnóstico: realizar pruebas de diagnóstico para hacer un seguimiento cuando se identifica un riesgo.

Tratamiento: controlar, corregir o reducir los problemas de salud encontrados.

Controles de bienestar del niño (EPSDT)

Los niños menores de 21 años acceden a visitas gratuitas para ver al médico con regularidad. Estas visitas son parte del programa de EPSDT, el cual está cubierto por el programa Hoosier Care Connect. Las visitas de bienestar del niño son un momento para que su PMP evalúe el crecimiento normal de su hijo y compruebe si hay algún problema o afección. También le administrará las vacunas y le realizará los exámenes de detección necesarios durante estas visitas. Estos exámenes incluyen pruebas de detección y están recomendados por la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP). Estos exámenes de detección incluirán muchas cosas:

¿Tiene preguntas? Visite UHCCCommunityPlan.com/IN, 37
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

Nuestros programas

- Historia clínica
- Examen físico completo
- Pruebas de laboratorio (según corresponda)
- Inmunizaciones
- Evaluaciones dentales, de la audición y de la vista
- Evaluaciones conductuales y de desarrollo
- Consejos sobre cómo mantener sano a su hijo

Estas visitas de rutina también son un excelente momento para que haga cualquier pregunta que tenga acerca del bienestar general de su hijo, incluso aquellas relacionadas con los siguientes temas:

- Alimentación
- Hábitos de sueño
- Conducta
- Actividad física

Cronograma de visitas (control) del niño sano

Es importante programar sus visitas de bienestar del niño para estas edades:

2 a 5 días	18 meses
1 mes	24 meses (2 años)
2 meses	30 meses (2.5 años)
4 meses	3 años
6 meses	4 años
9 meses	Una vez al año después entre los 5 y los
12 meses	21 años
15 meses	

AAP (Academia Americana de Pediatría, 2018, 2023)

Para obtener más información, puede visitar este sitio: [healthychildren.org/English/family-life/health-management/Pages/Well-Child-Care-A-Check-Up-for-Success.aspx](https://www.healthychildren.org/English/family-life/health-management/Pages/Well-Child-Care-A-Check-Up-for-Success.aspx).

En virtud del beneficio de EPSDT, también recibe otros servicios, como los siguientes:

Tratamiento, que incluye:

- La rehabilitación para cualquier afección física, de desarrollo o mental, descubierta durante una evaluación
- Visitas periódicas a un dentista para controles y tratamiento (este beneficio se ofrece mediante su plan dental)
- Inmunizaciones (vacunas)

38 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.UHCCommunityPlan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

- Pruebas regulares de y tratamiento para la vista y la audición del niño
- Pruebas de laboratorio de rutina, como así también pruebas de plomo en la sangre y de anemia de células falciformes, si el niño se encuentra en riesgo
- Investigaciones sobre plomo, si su hijo tiene un alto nivel de plomo en la sangre
- Otras pruebas y servicios necesarios para corregir o evitar defectos, afecciones físicas y enfermedades mentales descubiertas por las evaluaciones

Realizar y respetar las citas de EPSDT de su hijo puede ayudar a que permanezca sano. El mejor momento para evitar problemas de salud graves es antes de que se desarrollen.

Inmunizaciones

Las inmunizaciones (vacunas) pueden ayudar a evitar que su hijo se enferme. Hable con su PMP sobre las vacunas infantiles recomendadas y cuándo deben recibirlas. El mejor lugar para que los niños reciban las vacunas es el consultorio de su PMP. El médico de su hijo debe proporcionar un cronograma de vacunación (calendario) para ayudarlo a saber cuándo su hijo necesita recibir sus vacunas y actualizar el calendario con cada visita al médico de su hijo.

Estos son algunos datos que debe conocer sobre cada vacuna:

DTaP: brinda protección contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (tos convulsiva). Se necesitan cinco dosis en total durante la infancia y la niñez, y se administran refuerzos durante la adolescencia y la adultez para brindar una protección completa.

HepA: brinda protección contra la hepatitis A. Se administran 2 dosis entre el primer y el segundo año de vida.

HepB: brinda protección contra la hepatitis B (infección hepática). La HepB se administra en tres dosis; la primera se coloca al nacer.

Hib: brinda protección contra el *Haemophilus influenzae* tipo b. Esta infección solía ser la principal causa de meningitis bacteriana. Las Hib se administran en tres o cuatro dosis.

HPV: brinda protección contra el cáncer causado por el virus del papiloma humano. Los niños de 11 o 12 años deben recibir dos inyecciones de la vacuna contra el VPH, con un intervalo de seis a 12 meses entre ambas.

Influenza (gripe): brinda protección contra la gripe. Esta es una vacuna estacional que se administra anualmente. Se pueden administrar vacunas contra la gripe a su hijo cada año, a partir de los 6 meses de edad. La temporada de gripe puede durar desde septiembre hasta mayo.

IPV: brinda protección contra la poliomielitis y se administra en cuatro dosis.

Nuestros programas

Vacuna antimeningocócica: brinda protección contra las bacterias que causan la enfermedad meningocócica. Los niños deben recibir esta vacuna entre los 11 y los 12 años.

MMR: brinda protección contra el sarampión, las paperas y la rubéola (sarampión alemán). La vacuna MMR se administra en dos dosis. La primera dosis se administra entre los 12 y los 15 meses de edad. La segunda dosis, por lo general, se administra entre los 4 y los 6 años. Sin embargo, puede administrarse cuando transcurran 28 días después de la primera dosis.

PCV: brinda protección contra la enfermedad neumocócica, que incluye la neumonía. La vacuna PCV se administra en una serie de cuatro dosis.

RV: brinda protección contra el rotavirus, una causa importante de diarrea. La vacuna RV se administra en dos o tres dosis, según el tipo de vacuna que se utilice.

Tdap: brinda protección a su hijo contra la difteria, el tétanos y la tos ferina. Los niños deben recibir esta vacuna entre los 11 y los 12 años.

Vacuna contra la varicela: brinda protección contra la varicela. Se recomienda para todos los niños sanos y se administra en dos dosis.

Examen de detección de plomo en niños

El envenenamiento por plomo es peligroso. Si no se trata en niños pequeños, puede causar problemas a largo plazo. El plomo se puede encontrar en:

- Pintura
- Aire
- Suelo
- Cerámica
- Polvo

Su médico solicita un análisis de sangre especial para detectar envenenamiento por plomo. Por lo general, la prueba se realiza en los chequeos al año y a los dos años del niño. Si su hijo no se realizó la prueba, es posible que el médico desee realizarla hasta los 6 años. Para más información, póngase en contacto con su navegador.

Atención para adultos

Obtener atención de forma temprana puede ayudar a su médico a encontrar y tratar problemas de salud y a mantenerlo saludable. Siga el cronograma que se muestra a continuación para su atención médica preventiva. Su PMP también le dará consejos para mantenerse saludable, como comer correctamente y hacer ejercicio de forma regular.

Cronograma de atención para adultos

Tipo de servicio	De 21 a 64 años	De 65 años en adelante
Control de la presión arterial	Todos los años (pruebas adicionales en función de sus antecedentes médicos)	Todos los años (pruebas adicionales en función de sus antecedentes médicos)
Examen mamario	Todos los años	Todos los años
Análisis de colesterol	Una vez (pruebas adicionales en función de los antecedentes médicos)	En función de los antecedentes
Cáncer colorrectal	A partir de los 45 años; hable con su médico si está en riesgo	En función de los antecedentes
Vacuna contra la gripe	Todos los años	Todos los años
Educación sobre la salud	En todas las visitas al médico	En todas las visitas al médico
Examen de detección del VIH	Pregunte a su médico si está en riesgo	Pregunte a su médico si está en riesgo
Inmunizaciones (vacunas)	Pregunte a su médico si está en riesgo	Pregunte a su médico si está en riesgo
Mamografía	Todos los años a partir de los 45 años o según la necesidad médica; cada dos años a partir de los 55 años	Cada dos años o según la necesidad médica
Prueba de Papanicolau	Anualmente para mujeres sexualmente activas	Consulte con su PMP o ginecólogo
Examen físico (sin vestimenta)	Todos los años	Todos los años
Vacuna contra la pulmonía		Una vez a los 65 años o más adelante

Nuestros programas

Tipo de servicio	De 21 a 64 años	De 65 años en adelante
Examen de próstata	Todos los años a partir de los 50 años de edad (pruebas adicionales en función de sus antecedentes médicos)	Todos los años
Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual	Al menos una vez durante el embarazo (pruebas adicionales en función de sus antecedentes de salud)	Pregunte a su médico si está en riesgo
Tdap (tétanos/difteria/tos ferina acelular)	Cada 10 años	Cada 10 años
Examen de testículos	Cada 2 años entre los 18 y los 39 años	No es necesario
Prueba de tuberculosis	Una vez (pruebas adicionales en función de sus antecedentes médicos)	Pregunte a su médico si está en riesgo

Estas son pautas generales. Es posible que su PMP desee que usted obtenga estos servicios con mayor o menor frecuencia.

Servicios de salud y embarazo para mujeres

UnitedHealthcare Community Plan sabe que las madres sanas tienen bebés sanos. Es por eso que cuidamos especialmente a todas nuestras futuras mamás. UnitedHealthcare Community Plan cuenta con un programa llamado BabyScripts para miembros de UnitedHealthcare Community Plan. BabyScripts ofrece información, educación y apoyo para ayudar a reducir los problemas durante su embarazo. Si piensa que está embarazada, o apenas sepa que está embarazada, llame a Servicios para Miembros.

Las mujeres miembro o aquellas personas a quienes se les haya asignado el sexo femenino al nacer tienen acceso directo a los servicios preventivos y de bienestar brindados por un ginecólogo dentro de la red del proveedor sin necesidad de un referido del PMP.

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, este plan lo ayudará a hacer lo siguiente:

- Elegir un obstetra de cabecera (primary care obstetrician, PCO), personal de enfermería, un asistente médico o una enfermera partera certificada (certified nurse midwife, CNM) para la atención de su embarazo
- Obtener información sobre BabyScripts: un programa de maternidad para usted y su bebé
- Programar citas y exámenes
- Elegir un médico (pediatra) para su nuevo bebé
- Elegir un PMP para que le atienda después del parto o regresar al proveedor que tenía antes de su embarazo. Llame a Servicios para Miembros después de su parto.
- Obtener información sobre programas comunitarios, como el programa WIC y el Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP). Llame a WIC al 1-800-522-0874.

A continuación, su médico lo ayudará a informarse sobre algunos puntos:

- Recursos locales
- Nutrición, peso, ejercicio y bienestar
- Dejar de consumir tabaco o productos de vapeo
- Salud sexual
- Adicción a las drogas
- Violencia doméstica
- Bajo peso al nacer
- Lactancia y segunda infancia
- Mortalidad infantil
- Información sobre opciones de parto y clases de parto
- Ayuda con las opciones y los servicios de planificación familiar después del nacimiento del bebé (incluidos, entre otros, anticonceptivos orales, condones y esterilizaciones)

Las citas del embarazo son muy importantes para su salud y la de su bebé. Debe visitar a un médico durante el embarazo, incluso si se siente bien. Si necesita cambiar su cita médica, comuníquese con su médico antes de la fecha concertada.

También debe consultar a su médico entre 7 y 84 días después del nacimiento de su bebé. Esto se denomina atención posparto. Si se sometió a una cesárea, es posible que su médico desee verla antes. Consulte la sección **Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT)** de este manual para obtener detalles importantes sobre las visitas al médico y las inmunizaciones (vacunas) que su nuevo bebé necesitará.

Nuestros programas

En su chequeo posparto, su médico hará lo siguiente:

- Revisarla para asegurarse de que esté cicatrizando bien
- Someterle a una prueba para detectar la depresión posparto
- Realizar un examen pélvico para asegurarse de que los órganos reproductivos hayan regresado al estado previo al embarazo
- Responder preguntas sobre la lactancia y examinar sus mamas
- Abordar preguntas sobre volver a tener relaciones sexuales y opciones de métodos anticonceptivos

Puede realizarse una prueba de VIH en cualquier momento. Si su análisis es positivo, puede obtener tratamiento especializado y asesoramiento médico. Hable con su PMP o póngase en contacto con el Departamento de Salud de su localidad para realizarse las pruebas.

BabyScripts

Obtenga regalos al participar en este programa de embarazo saludable. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Si está embarazada y ha estado visitando a un médico que no se encuentra en nuestra red, puede cambiar de plan. Esto se debe a que puede tener un problema de continuidad médica de atención durante su embarazo. Para más información, consulte la sección **Cómo cambiar el plan de salud** de este manual.

Línea de ayuda para trastornos por consumo de sustancias

Durante el embarazo, el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales pone en peligro la salud de su hijo por nacer. Las sustancias químicas que respira y con las que entra en contacto van directo a su bebé. Esto pone en riesgo a su bebé de que tenga bajo peso al nacer, defectos congénitos, problemas conductuales, retrasos en el desarrollo o que incluso sufra la muerte. Y si acaba de tener un bebé y está amamantando, el consumo de alcohol o drogas podría seguir siendo muy perjudicial para su bebé. Si tiene problemas con el abuso de sustancias como mamá o futura mamá, podemos ayudarla.

Obtenga ayuda para usted hoy mismo

Llame a la Línea gratuita de ayuda para trastornos por consumo de sustancias al **1-855-780-5955**. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

Servicios de planificación familiar

Puede asistir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca los servicios de planificación familiar. También puede visitar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. No es necesario que su PMP la refiera a los servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Control de la natalidad
- Dispositivos anticonceptivos como dispositivos intrauterinos (DIU), dispositivos anticonceptivos implantables y otros que están disponibles con receta
- Anticonceptivo de emergencia
- Servicios de esterilización
- Pruebas, tratamiento y asesoramiento sobre VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Exámenes de detección de cáncer y otras afecciones relacionadas

Atención de la vista

Los exámenes regulares de la vista son importantes. Los miembros son elegibles para exámenes de la vista de rutina y anteojos con receta. Llame a su médico y programe una cita para un examen de la vista de rutina. Puede programarla con cualquiera de los proveedores de atención oftalmológica participantes. Si necesita ayuda para encontrar un oftalmólogo, llame a Servicios para Miembros.

Los siguientes servicios oftalmológicos están cubiertos para los miembros menores de 21 años:

- Un examen de la vista de rutina por año; no se necesita un referido
- Un par de anteojos con receta cada 12 meses

Los siguientes servicios oftalmológicos están cubiertos para los miembros de 21 años o más:

- Un examen de la vista de rutina cada dos años; no se necesita un referido
- Un par de anteojos con receta cada cinco años

Consulte la sección **Servicios cubiertos** de este manual para obtener información adicional sobre los beneficios.

Llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención oftalmológica.

Atención dental

Hacerse un control dental anual es importante para su salud. Una buena salud bucal es clave para una buena salud general. Los dientes rotos, faltantes o con dolor pueden dificultar la alimentación saludable. La gingivitis puede causar hinchazón o infección y eso puede afectar la salud de todo el cuerpo. Su cobertura de Hoosier Care Connect incluye los siguientes servicios dentales:

- Dos exámenes y limpiezas por año
- Radiografía de aleta de mordida una vez cada 12 meses y un juego completo de radiografías cada tres años
- Restauraciones, como empastes
- Servicios necesarios después de una lesión traumática
- Ortodoncia, solo si hay otros problemas presentes, como paladar hendido u otra deformidad facial
- Atención periodontal, que incluye limpiezas profundas y tratamiento quirúrgico para la enfermedad de las encías
- Dentaduras postizas parciales y completas, y reparaciones de dentaduras postizas parciales y dentaduras postizas
- Sedación y óxido nitroso, si es médicamente necesario

Atención dental para niños

En el caso de los niños pequeños, su primera visita dental con un dentista pediátrico o de familia debe realizarse tan pronto como aparezca el primer diente, pero a más tardar antes de su primer cumpleaños. Su cobertura incluye estos servicios dentales. Es importante que todos los miembros consulten a un dentista con regularidad.

Si su dentista de familia no atiende a niños menores de 3 años, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo a encontrar un dentista pediátrico. Estos dentistas están capacitados para trabajar con niños más pequeños.

Miembros con necesidades especiales

A veces a las personas les cuesta ir al dentista. Pueden ser sensibles al tacto. Es posible que necesiten más tiempo o una atención más delicada. Permítanos ayudarlo a encontrar el dentista adecuado para usted o su familia.

Los peligros de la gingivitis

- Las personas con gingivitis son dos o tres veces más propensas a sufrir un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.
- La diabetes aumenta la probabilidad de gingivitis. La gingivitis sumada a la diabetes aumenta el peligro de otros problemas de salud.
- Algunos gérmenes relacionados con la gingivitis pueden causar coágulos de sangre.

- La gingivitis aumenta las bacterias en la boca. Puede empeorar las afecciones cardíacas. Puede causar hinchazón del músculo cardíaco.

Recibir atención dental

La buena noticia es que los problemas dentales pueden tratarse. Consulte a su dentista dos veces al año para limpieza y control. Aprenda la forma correcta de cuidar sus dientes y encías. Incluso las personas que no tienen dientes deben realizarse una prueba de detección de cáncer bucal al año. La detección temprana del cáncer bucal aumenta las posibilidades de detenerlo o curarlo por completo.

Algunos servicios dentales requieren autorización previa. Esto significa que su dentista debe obtener una aprobación antes de prestarle el servicio. Su dentista debe realizar la solicitud de autorización previa.

Puede consultar a cualquier dentista que esté registrado en los IHCP como proveedor de Medicaid. Su dentista no tiene que formar parte de la red de UnitedHealthcare. **No se le debe pedir que pague por ningún servicio que sea parte de su cobertura de Hoosier Care Connect.** Si tiene problemas para encontrar un dentista, llame a Servicios para Miembros. Su navegador puede ayudarlo.

Si tiene una emergencia dental, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Si no sabe con certeza si su necesidad dental es una emergencia, llame a nuestra Línea de enfermería NurseLine. Puede comunicarse con NurseLine si llama al **1-800-832-4643**. También puede visitar [UHCDoctorChat.com](https://www.uhcdoctorchat.com) para una visita virtual. Ambos servicios son gratuitos y están disponibles las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Puede encontrar información sobre los beneficios y los proveedores dentales en línea en myuhc.com/CommunityPlan/IN.

Necesidades sociales

Estar saludable no siempre se trata de sus necesidades médicas. A veces necesita ayuda para conectarse con los recursos de la comunidad. A esto lo llamamos necesidades sociales. Esto incluye aspectos como la vivienda, obtener alimentos todos los días, ir al supermercado o sentirse seguro. También podemos ayudarlo a obtener acceso a ayuda con el empleo o terminar su educación.

¿Quiere encontrar ayuda por su cuenta? Visite [UHCHealthierLives.com](https://www.uhchealthierlives.com). También puede ver la sección **Recursos de la comunidad** de este manual. Incluimos una lista de algunas organizaciones que ayudan en línea o por teléfono.

Su navegador de Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo. Puede brindarle más información sobre los programas o servicios. Llámenos al **1-800-832-4643**. Pida hablar con su navegador.

Programas adicionales para ayudarlo a mantenerse saludable

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre:

Acondicionamiento físico con One Pass

One Pass va más allá de una membresía en un gimnasio. Con One Pass, puede visitar muchos centros de acondicionamiento físico con un solo programa. También puede unirse a los entrenamientos en línea desde casa. Este programa es gratuito. Debe tener 18 años o más para unirse a One Pass. Todos los miembros pueden obtener un kit de acondicionamiento físico gratuito en el hogar. Se lo enviaremos a su casa.

Programas de recompensas gratuitos

Obtenga recompensas cuando realice actividades saludables, como cuando se haga un control o una prueba necesaria. Las recompensas que ofrecemos están sujetas a cambios. Para obtener una lista actualizada de las recompensas, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros.

Centro de llamadas de Servicios para Miembros

Todos los miembros de Hoosier Care Connect obtienen un navegador personal. Esta persona puede ayudar a resolver los problemas de coordinación de la atención y los problemas con sus recetas, proveedores, salud conductual y apoyos sociales y domiciliarios. Los navegadores de Servicios para Miembros también pueden ayudar con los desafíos derivados del seguro y el pago, la prestación de atención médica y el bienestar familiar.

Trabajadores de salud comunitarios

Ofrecemos apoyo presencial a los miembros que califiquen y que padecen enfermedades crónicas y complejas. Los trabajadores de la salud comunitarios utilizan un modelo de atención integrado que atiende las necesidades médicas, conductuales y sociales de los miembros.

Apoyo para los cuidadores

Cuidar de los demás es difícil, pero también puede ser gratificante. Ser cuidador puede causar estrés y agotamiento. Tenemos un programa para ayudarlo con esto. Ofrecemos llamadas mensuales. Entre los temas se incluyen los siguientes:

- Comprender las opciones de atención
- Seguridad en el hogar
- Control del dolor
- Permanecer conectado
- Vivir con duelo y pérdida

Cualquier persona puede unirse a una llamada mensual de cuidadores:

- Cuándo: Tercer martes de cada mes
- Hora: 3:00 p.m., hora del Este
- Cómo: marque el 1-844-767-5679. Ingrese el código de acceso 1893910.

Recursos de Internet de bajo costo

El Programa de conectividad asequible es un programa federal que ofrece estos descuentos:

- Hasta \$30 por mes para servicio de Internet
- Hasta \$75 por mes para hogares en territorios indígenas que reúnan los requisitos
- Descuento por única vez de hasta \$100 para comprar una computadora portátil, de escritorio o tableta de proveedores participantes

El acceso a Internet tiene muchos beneficios. Puede obtener visitas virtuales, asistir a clases y mantenerse conectado con su plan de salud. Todos los miembros de Hoosier Care Connect califican para este programa.

- Para obtener más información sobre este programa, visite fcc.gov/acp
- Para solicitar la inscripción, visite acpbenefit.org

Mom's Meals

Este programa le proporciona 14 comidas entregadas a domicilio si las necesita. Un ejemplo incluye recibir comidas inmediatamente después de recibir el alta hospitalaria. Su administrador de atención puede coordinar este servicio de entrega para que la hora de comer sea más fácil mientras se cura.

Caja de elementos esenciales

Cuando el dinero escasea, puede ser difícil gastar dinero en comestibles y suministros de limpieza. Llame a su navegador y realice una encuesta de necesidades sociales. Enviaremos una caja de artículos como arroz, pollo, frutas, verduras, papel higiénico, bolsas de residuos y detergente para vajilla.

Equivalencia de la escuela secundaria (HSE)

No es demasiado tarde para terminar la escuela secundaria. Si desea obtener su Equivalencia de la escuela secundaria (High School Equivalency, HSE), podemos ayudarlo. Cualquier miembro de 16 años o más puede formar parte de este programa. Su navegador puede ayudarlo a inscribirse en clases y a prepararse. Le enviaremos un cupón para que pueda realizar la prueba hasta tres veces de forma gratuita.

Nuestros programas

Doctor Chat

Puede chatear por video con un proveedor en línea para plantear sus necesidades de atención de la salud si su PMP no está disponible. Obtenga más información en [UHCDactorChat.com](https://www.uhcdactorchat.com).

Servicio NurseLine las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Nuestra línea de enfermería, NurseLine, le brinda acceso telefónico al experimentado personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Pueden brindarle información, apoyo y educación para cualquier pregunta o inquietud relacionada con la salud. Llame a NurseLine al 1-866-801-4407, TTY 711.

Medicina alternativa

Ofrecemos opciones para algunos artículos de salud que no tienen cobertura de Medicaid. Hable con nosotros para recibir ayuda sobre cómo obtener artículos o servicios como medicamentos a base de hierbas/remedios herbales, vitaminas y minerales, masajes terapéuticos o acupuntura. Si su proveedor le pide que compre algún artículo que no está cubierto por Medicaid, es posible que su Administrador de Atención lo ayude.

Consejo de HERO

Tenemos un consejo asesor de miembros llamado Consejo de HERO. Este grupo proporciona un foro para que los miembros y las agencias comunitarias locales compartan opiniones y hagan recomendaciones. HERO (Health, Empowerment, Resources, and Opportunities) significa Salud, Empoderamiento, Recursos y Oportunidades. En las reuniones, analizamos los programas nuevos y en curso de Hoosier Care Connect. Es una gran oportunidad para que los miembros aporten información sobre los procesos actuales y los cambios futuros del programa de Hoosier Care Connect. Todos los miembros y aquellos que los ayudan son bienvenidos a asistir a las reuniones. Ofrecemos reuniones en persona y por teléfono. ¿Le gustaría formar parte del Consejo de HERO? Llame a Servicios para Miembros para que lo inviten a la próxima reunión.

Teléfono inteligente gratuito

Ofrecemos un teléfono móvil gratuito con llamadas, mensajes de texto y datos ILIMITADOS. Todos los miembros califican para recibir este teléfono inteligente gratuito (uno por hogar). Visite www.mybenefitphone.com para presentar la solicitud. Su navegador también puede ayudarlo con la aplicación.

Aplicación Sanvello

Sanvello es una aplicación gratuita que puede ayudarlo a obtener más información sobre el estrés, la ansiedad y la depresión. Tiene herramientas para hacer un seguimiento de su progreso. Incluso puede conectarse con una gran comunidad de personas y compartir consejos, historias y puntos de

50 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

vista, en cualquier momento y lugar. ¡Actualice su cuenta a premium gratis! ¿Tiene preguntas? Hable con su Administrador de Atención. Tenga en cuenta que Sanvello cambiará su nombre a Self Care el 1.º de enero de 2024.

Aplicación para proveedores (anteriormente Fresh EBT)

Si recibe beneficios del SNAP, esta aplicación lo ayuda a tomar decisiones saludables dentro de un presupuesto. Verifique su saldo de manera rápida y fácil, haga un seguimiento de sus gastos, hábitos, encuentre lugares que acepten EBT, localice ofertas de comestibles, mantenga una lista de compras y obtenga recetas saludables de bajo costo. En su teléfono, vaya a App Store o Google Play. Busque EBT. Descargue la aplicación para proveedores de forma gratuita.

On My Way

Los jóvenes adultos que salen de cuidado tutelar suelen correr el riesgo de experimentar crisis, depresión, ansiedad y consumo de sustancias. Junto con la coordinación de la atención, ofrecemos On My Way, una herramienta para guiar y apoyar a los jóvenes adultos a través del proceso de “abandonar” el cuidado tutelar y volverse independientes. Todos los jóvenes de entre 14 y 21 años pueden participar. Inscríbase en www.uhcomw.com. Comuníquese con su navegador o Administrador de Atención para obtener más información.

Glosario Just Plain Clear

El glosario Just Plain Clear® contiene miles de términos de atención médica definidos en un lenguaje claro y sencillo para ayudarlo a tomar decisiones informadas. Visite justplainclear.com para usar esta herramienta gratuita y útil.

Herramienta de lupa

Ofrecemos una herramienta de lupa gratuita a nuestros miembros que tienen dificultad para leer letras pequeñas. Esta herramienta incluye una luz y le permite ver media página a la vez. También podemos imprimir y enviar sus cartas en letra grande. Llame a su navegador para solicitar esta herramienta. También puede establecer una preferencia de correo electrónico, letra grande o braille para el correo que reciba de nosotros.

Live and Work Well

Encuentre apoyo y recursos que pueden ayudarlos a usted y a su familia. Este sitio web de salud y bienestar se puede encontrar en LiveAndWorkWell.com.

Farmacia

Cómo conseguir sus recetas (medicamentos)

El obtener sus medicamentos recetados es una parte importante de su atención de la salud. UnitedHealthcare Community Plan cubre muchos medicamentos con receta, así como medicamentos de venta libre, medicamentos para dejar de fumar y suministros para la diabetes. Si su médico le receta un medicamento que figura en la lista de medicamentos preferidos (preferred drug list, PDL) de su plan, el medicamento está cubierto. Si su medicamento no es preferido, su proveedor de atención médica puede solicitar un medicamento diferente para usted que sea preferido. También pueden trabajar con UnitedHealthcare Community Plan para obtener una aprobación (autorización previa) para permitir ese medicamento. Esto incluye anticonceptivos y suministros (es decir, anticonceptivos orales y condones).

Puede surtir sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de nuestra Red. Muchas están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhc.com/communityplan) para:

- Ver la lista de medicamentos preferidos
- Encontrar una farmacia cercana

También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**. Su navegador puede enviarle información por correo o ayudarlo por teléfono.

Si tiene algún problema para surtir sus medicamentos con receta durante los horarios de atención regulares, llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**. Si tiene problemas para obtener sus medicamentos recetados después del horario de atención regular, los fines de semana o los días festivos, podemos ayudar. Pídale a su farmacéutico que llame al servicio de asistencia de farmacia al 1-866-215-5046. Ambos números se encuentran en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Surta sus recetas en una de las farmacias de nuestra red. Puede encontrar una lista de estas farmacias en nuestro sitio web. Muestre su tarjeta de identificación de miembro en la farmacia cuando surta sus medicamentos recetados. Esto muestra que usted es elegible y ayuda a la farmacia a procesar su reclamación.

Aprobación previa

Aprobación previa (autorización) de medicamentos con receta

Si su medicamento con receta no figura en la lista de medicamentos preferidos o figura, pero requiere aprobación previa, su proveedor puede solicitar una aprobación previa para que usted pueda obtener ese medicamento. Aprobaremos o denegaremos la solicitud dentro de las 24 horas. Si se aprueba la solicitud, se les informará a usted y a su PMP sobre la decisión por escrito, incluido el tiempo de aprobación del medicamento. Si se rechaza la solicitud, se les informará a usted y a su PMP sobre la decisión por escrito. El aviso por escrito sobre la decisión le indicará cómo y cuándo apelar esta decisión y cómo presentar un reclamo o queja formal ante UnitedHealthcare Community Plan.

Beneficio de suministro para 90 días

Los miembros pueden surtir un suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento seleccionados en una farmacia minorista. Los medicamentos de mantenimiento, por lo general, son aquellos que toma de forma regular para una afección crónica o a largo plazo.

Con un suministro para 90 días, usted no necesitará obtener un resurtido de sus recetas todos los meses. Para obtener más información, hable con su médico o farmacéutico. Para obtener una lista completa de los medicamentos incluidos en este beneficio, llame a Servicios para Miembros.

Usted puede obtener medicamentos de mantenimiento por pedido por correo. Si califica, puede obtener un suministro para 90 días de sus medicamentos de mantenimiento por correo y no necesitará obtener un resurtido todos los meses. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información y solicitar un formulario de inscripción para pedidos por correo.

Administración terapéutica de medicamentos

Para ayudarlo a mejorar la forma en que toma sus medicamentos, podemos inscribirlo en nuestro programa de Administración terapéutica de medicamentos. Un farmacéutico puede comunicarse con usted para analizar un mejor uso de sus medicamentos o para manejar cualquier problema de salud. Si desea formar parte de este programa, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda.

Programa Right Choices

El Programa Right Choices (Right Choices Program, RCP) monitorea la utilización de los miembros y, cuando corresponde, implementa una asignación a un médico y una farmacia para los miembros que se beneficiarían de una mayor coordinación de casos. La revisión de utilización de los miembros identifica a los miembros que utilizan los servicios de IHCP en mayor medida que sus pares.

Cada miembro del RCP es asignado a un médico y a una farmacia. En algunas situaciones, el miembro puede estar restringido a tipos de proveedores adicionales, si dicha acción está justificada. Por ejemplo, el médico que se le asignó al miembro a través del RCP puede referirlo a un especialista. Luego, ese especialista se agrega a la lista de proveedores del miembro. En una emergencia, otros proveedores pueden prestar servicios sin necesidad de un referido.

Cuando esté inscrito en el RCP, su Administrador de Atención trabajará con usted y sus médicos para coordinar la atención y asegurarse de que esté recibiendo la atención que necesita en el momento y el lugar adecuados. El administrador de atención y su médico monitorearán su atención para detectar cualquier cambio. Puede ser eliminado del RCP (también llamado graduación) cuando ya no necesite esta ayuda adicional.

Servicios de salud conductual

Beneficios del tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias

Como miembro de Hoosier Care Connect, está cubierto para el tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias. Recuerde mostrar siempre su tarjeta de identificación actual de miembro de UnitedHealthcare cuando reciba servicios. Esto confirma su cobertura. Si el proveedor le dice que Hoosier Care Connect no cubre un servicio y aun así quiere recibirlo, es posible que usted sea responsable del pago. Usted o su familia siempre pueden llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, para hacer preguntas sobre los beneficios. La cantidad y la duración de los servicios proporcionados se basarán en sus necesidades y en la necesidad médica. Los servicios pueden proporcionarse en el consultorio de un proveedor, en su hogar o en la comunidad.

Algunos servicios requieren autorización previa. Esto significa que su proveedor debe comunicarse con nosotros antes de brindar el servicio. Su proveedor coordinará los referidos con otros médicos. No necesita autorización previa (aprobación) para obtener los servicios de emergencias. Se nos notificará sobre hospitalizaciones por salud mental y consumo de sustancias. De esa manera, podemos ayudar con la planificación y coordinación del alta. Su proveedor puede solicitar una autorización llamando a la Línea de Salud Conductual.

¿Qué es un proveedor de servicios de salud mental y de tratamiento de consumo de sustancias?

Un proveedor de servicios de salud mental y de tratamiento del consumo de sustancias es una persona con licencia (o certificada de otro modo) especializada en salud mental y el tratamiento del consumo de sustancias, consejero para trastornos por consumo de sustancias, médico, psiquiatra, personal de enfermería especializado en psiquiatría, psicólogo, trabajador social clínico con licencia, otros consejeros profesionales, Administrador de Atención, analista del comportamiento con certificación de la junta o miembro del personal de apoyo de pares. Esta persona puede brindarle apoyo al ayudarlo a crear y cumplir su plan de recuperación, y al trabajar con usted antes y después de una crisis. También puede conectarlo con otros servicios comunitarios.

Tratamiento residencial del Trastorno por Abuso de Sustancias (SUD)

Hoosier Care Connect incluye cobertura para el tratamiento residencial del Trastorno por Abuso de Sustancias (Substance Use Disorder, SUD) a corto plazo de baja y alta intensidad en entornos de todos los tamaños. Su médico obtendrá la aprobación previa de UnitedHealthcare Community Plan antes de que comience su estadía residencial para el tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias. Para calificar para el tratamiento residencial de SUD, utilizamos los criterios (normas) basados en la Asociación Estadounidense de Medicina de la Adicción (American Society of Addiction Medicine, ASAM).

¿Tiene preguntas? Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhc.com/community-plan), 55
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Servicios de salud conductual

Servicios de recuperación entre pares

UnitedHealthcare Community Plan cubre los servicios de recuperación entre pares. Estos servicios son servicios individuales y presenciales que proporcionan actividades estructuradas y programadas que promueven la socialización, la recuperación, la autodefensa, el desarrollo de apoyos naturales y el mantenimiento de las habilidades para vivir en la comunidad. Estos servicios son proporcionados por especialistas certificados en apoyo entre pares. Los miembros deben hablar con su proveedor de salud conductual para ver si ofrece este servicio.

Qué esperar al obtener ayuda

Tiene derecho a aceptar o denegar los servicios de salud conductual que se le ofrezcan. Si desea obtener los servicios de salud conductual ofrecidos, usted o su tutor legal deben firmar un formulario de “Consentimiento para el tratamiento”. Mediante este formulario, usted o su tutor legal brindan permiso para que usted reciba servicios de salud conductual. Al firmar un formulario de “Consentimiento para el tratamiento”, también otorga permiso a la Administración de Servicios Sociales y Familiares para acceder a sus registros.

Para brindarle ciertos servicios, su proveedor necesita obtener su permiso. Su proveedor puede pedirle que firme un formulario o que brinde un permiso oral para recibir un servicio específico. Su Proveedor le dará información sobre el servicio para que pueda decidir si desea recibirlo o no.

Esto se denomina consentimiento informado. Esto significa asesorar a un paciente sobre un tratamiento propuesto, un procedimiento quirúrgico, un medicamento psicotrópico o un procedimiento de diagnóstico; sobre las alternativas al procedimiento quirúrgico de tratamiento, medicamento psicotrópico o procedimiento de diagnóstico; sobre los riesgos asociados y las posibles complicaciones; y obtener autorización documentada o aprobación del paciente o de su representante para el tratamiento propuesto, el procedimiento quirúrgico, el medicamento psicotrópico o el procedimiento de diagnóstico.

El PMP, el proveedor de salud conductual o el Administrador de Atención evalúa a los miembros para determinar sus necesidades de atención de la salud y las necesidades sociales.

Los servicios de salud conductual cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Medicamentos, monitoreo y corrección de salud conductual
- Servicios de médicos
- Transporte regular y de emergencia
- Atención de la salud conductual de emergencia
- Asesoramiento y terapia individual, grupal y familiar
- Servicios hospitalarios para pacientes internados

56 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

- Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios (intensive outpatient treatment, IOT)
- Tratamiento con opioides
- Programa de Hospitalización Parcial (Partial Hospitalization Program, PHP)
- Medicamentos psicotrópicos, ajustes y monitoreo
- Detección, evaluación y diagnóstico
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias (medicamentos, opioides y alcohol), tratamiento asistido con medicamentos
- Tratamiento residencial del Trastorno por Abuso de Sustancias
- Servicios de apoyo
- Planificación del tratamiento

Puede autorreferirse a un proveedor de salud conductual o ser referido por proveedores, escuelas, agencias estatales u otras partes. Puede consultar a un asesor de salud conductual, especialista en adicciones, psicólogo o psiquiatra sin un referido de su PMP. Para acceder a los servicios de salud conductual, llame al número de salud conductual que figura en su tarjeta de identificación, use su Directorio de Proveedores o visite nuestro sitio web UHCCommunityPlan.com/IN.

Cómo programar una cita de salud conductual

Las citas de salud conductual deben programarse tan pronto como la afección de salud del miembro lo requiera, pero no después de lo siguiente:

Citas de salud conductual de urgencia: se brindan dentro de las 24 horas posteriores a la determinación de la necesidad.

Citas de atención de rutina: la evaluación inicial debe completarse dentro de los siete días calendario posteriores a la obtención del referido o la presentación de la solicitud. El primer servicio de salud conductual después de la evaluación inicial se brinda tan pronto como lo requiera la afección de salud del miembro, pero, en el caso de miembros mayores de 18 años, a más tardar 23 días calendario después de la evaluación inicial y en el caso de miembros menores de 18 años, a más tardar 21 días después de la evaluación inicial. Todos los demás servicios de salud conductual deben brindarse tan pronto como lo requiera la afección médica del miembro, a más tardar en 45 días calendario.

Si siente que podría lastimarse a sí mismo o podría lastimar a otros, llame al **911** para obtener ayuda de emergencia. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o programar una cita, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com/IN, 57
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

Servicios de salud conductual

Para referidos a medicamentos psicotrópicos

En el caso de los medicamentos psicotrópicos, la necesidad se evaluará de inmediato. Se programará una cita a más tardar 30 días calendario posteriores a la identificación de la necesidad. Si se está quedando sin medicamentos o si su afección de salud conductual empeora antes de comenzar a tomar el medicamento, puede ser atendido antes.

Recursos y apoyo

Línea de ayuda de salud conductual 1-855-780-5955

Estamos disponibles para responder a sus preguntas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estas pueden abordar temas como salud personal, atención de un miembro de la familia, cobertura, costo de la atención, problemas con las drogas o el alcohol y más. Asumimos el compromiso de hacer que le resulte lo más fácil posible acceder a los servicios que usted o su ser querido puedan necesitar. Simplemente llámenos a cualquier hora, de día o de noche, y estaremos aquí para ayudarlo. También puede ponerse en contacto con nosotros llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Aplicación Sanvello

Sanvello es una aplicación gratuita que puede ayudarlo a obtener más información sobre el estrés, la ansiedad y la depresión. Tiene herramientas para hacer un seguimiento de su progreso. Incluso puede conectarse con una gran comunidad de personas y compartir consejos, historias y puntos de vista, en cualquier momento y lugar. ¡Actualice su cuenta a premium gratis! ¿Tiene preguntas? Hable con su Administrador de Atención. Tenga en cuenta que Sanvello cambiará su nombre a Self Care el 1.º de enero de 2024.

Crisis Text Line

Crisis Text Line ofrece apoyo gratuito las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de mensajes de texto. Están ahí para cualquier problema que tenga: ansiedad, depresión, suicidio, asuntos escolares. Envíe un mensaje de texto con la palabra **HOME** al 741741.

Línea de apoyo de KEY

Una línea de apoyo es una línea de conversación que no es para casos de crisis y en la que los miembros con problemas de salud mental pueden hablar con voluntarios formados que también se enfrentan a dificultades de salud mental. Puede llamar a la línea de apoyo sin cargo al 1-800-933-5397. Esta línea está disponible de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora del Este, de lunes a viernes.

Live and Work Well

Encuentre apoyo y recursos que pueden ayudarlos a usted y a su familia. Este sitio web de salud y bienestar se puede encontrar en [LiveAndWorkWell.com](https://www.LiveAndWorkWell.com).

58 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.UHCCommunityPlan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Procedimientos del plan

Proceso de autorización previa

¿Cómo sabré si un servicio ha sido aprobado (autorización) o denegado?

UnitedHealthcare Community Plan revisa su solicitud de servicio, de su PMP o de su especialista. Su médico le informará si el servicio está aprobado y le enviaremos una carta. Si se ha denegado el servicio, le enviaremos una carta llamada Aviso de Determinación Adversa de Beneficios. Tiene derecho a conocer los criterios que se utilizan para tomar decisiones. Las decisiones normales de autorización se realizan dentro de los cinco días hábiles a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

Pueden recibirse extensiones de hasta 14 días calendario si es lo más conveniente para usted. Por ejemplo, es posible que estemos esperando recibir los registros médicos de parte de su médico. En lugar de tomar una decisión sin estos registros, es posible que le preguntemos si está bien que tomemos más tiempo para recibir los registros. De esa forma, la decisión podrá tomarse con la mejor información. Le enviaremos una carta solicitándole la extensión.

Las decisiones aceleradas (rápidas) en situaciones de urgencia y potencialmente mortales deben tomarse a más tardar 48 horas después de que se reciba la solicitud de autorización, a menos que haya una extensión vigente. Para obtener más información sobre las cartas de Aviso de Determinación Adversa de Beneficios, llame a Servicios para Miembros para hablar sobre las medidas que puede tomar. Si no está de acuerdo con una decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitarnos que revisemos la solicitud nuevamente. Esta solicitud de revisión se denomina “Apelación”.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, excepto los feriados estatales. También puede consultar la sección **Apelaciones** de este manual para obtener información detallada sobre el proceso de apelación.

Aprobación previa para un proveedor fuera de la red

UnitedHealthcare Community Plan es su plan de salud de Hoosier Care Connect. Debe utilizar los proveedores de nuestra red contratada. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que necesite atención de un proveedor que no esté en nuestra red. Un proveedor fuera de la red debe solicitar

Procedimientos del plan

autorización previa para brindarle tratamiento. Si se aprueba la solicitud, puede consultar al proveedor fuera de la red. Si se rechaza la solicitud, su administrador de atención trabajará con usted y su médico de cabecera para identificar un proveedor dentro de la red que ofrezca el mismo servicio.

Medicamentos que requieren autorización previa

Se requiere autorización previa para algunos medicamentos. Las decisiones de autorización previa para los medicamentos se tomarán dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Si se necesita información adicional, UnitedHealthcare le enviará una solicitud a su proveedor y emitirá una decisión definitiva a más tardar siete días hábiles posteriores a la fecha de la solicitud. Consulte la lista de medicamentos de UnitedHealthcare en [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhc.com/IN). Si se le pide que pague el precio total de sus medicamentos, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda. Nunca deben cobrarle por una receta.

Otro seguro

Es importante que nos informe si tiene otro seguro. Esto no cambia ninguno de los servicios o beneficios que usted recibe de nuestra parte. Intente elegir un PMP que trabaje tanto con UnitedHealthcare Community Plan como con su otro seguro. Esto nos ayudará a coordinar sus beneficios.

Siempre informe a su médico si tiene otros seguros. Su otro seguro se considera su seguro principal. Ellos pueden pagar por sus servicios médicos. Debe utilizar primero su seguro principal. UnitedHealthcare Community Plan es su seguro secundario. Podemos ayudarlo a pagar los copagos, el coseguro o los deducibles que los otros seguros le puedan cobrar. Asegúrese de mostrarle al médico su tarjeta de identificación y sus otras tarjetas de identificación del seguro. Esto lo ayudará a saber a dónde enviar la factura. Si no le informa a su médico que tiene otro seguro, podría demorarse el pago por parte de UnitedHealthcare Community Plan.

Su administrador de atención lo ayudará a administrar los beneficios. Asegúrese de que su navegador o administrador de atención tenga toda la información de su seguro.

Coordinación de beneficios/responsabilidad de terceros

Sus beneficios de Medicaid en Hoosier Care Connect son los pagadores de último recurso. Esto significa que pagarán solamente después de que todas las demás fuentes/seguros se hayan utilizado.

Nuevos tratamientos médicos y tecnología

Si usted o su médico desean usar un nuevo tratamiento médico, llame a su navegador o administrador de atención. Es nuestro deseo que usted esté sano. Un grupo de médicos y especialistas revisará la solicitud de su médico. Ellos le comunicarán a su PMP o a su especialista si el tratamiento es médicamente necesario y le comunicarán los motivos de la decisión. Aún no se ha demostrado que algunos servicios médicos sean eficaces. UnitedHealthcare Community Plan revisa a nivel nacional las nuevas prácticas, los tratamientos, las pruebas y las tecnologías. La revisión de esta información está a cargo de un comité integrado por médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y expertos invitados.

Programa de incentivos para proveedores

Su PMP participa en un programa que los anima a ver a nuestros miembros. Se centra en garantizar que reciba la atención que necesita. Si desea recibir más detalles sobre este programa, comuníquese con su navegador.

Quejas y reclamos de los miembros

Si tiene un problema o una queja sobre UnitedHealthcare Community Plan, pida ayuda a su Administrador de Atención o a Servicios para Miembros. Si pueden ayudarlo, su queja se considerará resuelta. En dicho caso, no recibirá ninguna otra notificación.

Si no está satisfecho con la respuesta de su Administrador de Atención o de Servicios para Miembros, puede presentar una queja formal. Puede presentar una queja o un reclamo contra nosotros (el plan de salud) o contra un proveedor. Puede presentar su queja formal dentro de los 60 días calendario a partir del día en que ocurrió el problema.

Los miembros pueden presentar una queja formal por teléfono ante Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**. Todos los miembros pueden presentar una queja formal mediante este proceso.

Los miembros también pueden presentar una queja formal por escrito enviándola a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare
Grievances and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Procedimientos del plan

Enviaremos una carta de acuse de recibo dentro de los tres días hábiles a partir del día en que recibamos su queja formal.

Si su proveedor cuenta con su permiso por escrito, puede presentar una queja formal en su nombre. Tomaremos una decisión sobre su queja formal y le notificaremos dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de recepción. Se le notificará por escrito dentro de los cinco días de la fecha de la decisión.

Si necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese con su navegador o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**. La información sobre quejas formales está disponible en formatos alternativos.

Si necesita ayuda para seguir un proceso del plan de salud o comprender una decisión, su navegador de Servicios para Miembros lo ayudará.

Aviso de determinación adversa de beneficios

Cualquiera de las siguientes acciones por parte de UnitedHealthcare Community Plan constituye una determinación de beneficios adversa:

- Denegar o limitar un servicio solicitado que cumple con la necesidad médica, idoneidad, entorno y efectividad, en función del tipo o nivel de servicio
- Reducir, suspender o finalizar un servicio previamente autorizado
- Rechazar el pago parcial o total de un servicio
- No tomar una decisión con respecto a la autorización o no prestar servicios de manera oportuna
- No resolver una queja formal o apelación de manera oportuna
- Denegar una solicitud del miembro rural para recibir servicios fuera de la red cuando el plan de salud es el único en el área

Si UnitedHealthcare Community Plan toma una determinación adversa de beneficios, recibirá una carta denominada “Aviso de determinación adversa de beneficios”. En ella le comunicaremos:

- Lo que su médico solicitó
- Qué acción se tomó y por qué
- La pauta que se utilizó para tomar la decisión
- Su derecho a presentar una apelación ante United Healthcare Community Plan. Debe presentar una apelación ante nosotros si no está de acuerdo con nuestra decisión.
- Cómo puede solicitar una apelación acelerada (rápida)

- Detalles sobre los pasos del proceso de apelación a través de UnitedHealthcare Community Plan antes de solicitar una Audiencia Estatal Imparcial
- Si estaba recibiendo beneficios, su derecho a la continuidad de sus beneficios durante su apelación y cómo hacerlo
- Si continúa recibiendo beneficios y se rechaza la apelación, es posible que deba pagar los costos de los servicios

Si no comprende su Aviso de determinación adversa de beneficios, llame a Servicios para Miembros. Tiene derecho a conocer los criterios que se utilizan para tomar decisiones. También puede presentar una queja formal si considera que la carta no fue lo suficientemente clara para usted. Los detalles sobre sus opciones se encuentran en la sección **Apelaciones** de este manual.

Apelaciones

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por UnitedHealthcare Community Plan, puede solicitarnos que revisemos la solicitud nuevamente. Esta solicitud de revisión se denomina “Apelación”. La apelación puede ser escrita o verbal. Si desea presentar una apelación verbal, llame a Servicios para Miembros.

Podemos ayudarlo a completar los pasos relacionados con la presentación de una apelación. Su médico o representante también pueden presentar una apelación en su nombre con su permiso por escrito. Las apelaciones deben iniciarse dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de aviso.

Envíe su apelación por escrito a:

UnitedHealthcare
Grievances and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

Cuando recibimos su apelación, le enviaremos una carta dentro de los tres días hábiles para informarle que hemos recibido su apelación. Si desea continuar con sus servicios durante el proceso de apelación, debe presentar su apelación e informarnos dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de Aviso de determinación adversa de beneficios.

Tomaremos una decisión en un plazo de 30 días calendario a partir de su recepción y le notificaremos por escrito en un plazo de cinco días hábiles a partir de nuestra decisión. Esto se denomina apelación estándar.

Procedimientos del plan

Si necesita que su apelación sea revisada más rápidamente, puede solicitar una apelación acelerada (rápida) y le responderemos dentro de las 48 horas.

Si su solicitud de apelación acelerada se aprueba, se convierte en una apelación estándar. Se lo notificaremos por escrito en un plazo de dos días a partir de su solicitud. Intentaremos comunicarnos con usted por teléfono para que conozca el resultado. Una apelación estándar se revisará en un plazo de 30 días calendario.

Si usted o UnitedHealthcare necesitan más tiempo para obtener o presentar información de otros lugares, el proceso de apelación puede tomar hasta 14 días calendario más. Si necesitamos información adicional, le notificaremos por escrito el motivo de la demora. La carta le explicará cómo presentar una Queja Formal si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo.

Cuando tomemos una decisión, le enviaremos por correo una carta de Aviso de Resolución de Apelación. La carta le informará el motivo por el cual se tomó la decisión. Si decidimos que no debe recibir el servicio denegado, en la carta también se le indicará cómo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial o una Revisión Externa por parte de una Organización de Revisión Independiente y, si estaba recibiendo los beneficios, también se le informará sobre su derecho a la continuación de los beneficios durante la Audiencia Estatal Imparcial y cómo puede ejercerlo.

No se tomarán represalias contra usted o su Proveedor por presentar una Apelación acelerada. Esto significa que UnitedHealthcare Community Plan no se molestará con usted o su proveedor, ni intentará tomar represalias contra cualquiera de los dos por presentar una apelación acelerada.

Revisión Externa por parte de la Organización de Revisión Independiente

También puede solicitar a UnitedHealthcare Community Plan una Revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). Debe solicitar la revisión por escrito de la IRO dentro de los 120 días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión de apelación. La IRO tomará una decisión en un plazo de 15 días hábiles. La decisión de la IRO es vinculante, lo que significa que debemos obedecer su decisión.

La apelación por escrito debe completarse antes de solicitar una revisión externa por parte de una IRO. Si no está de acuerdo con la decisión de la IRO, puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial (State Fair Hearing, SFH).

Para solicitar una revisión externa, puede escribir una carta a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Indiana Grievance and Appeal Manager
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

64 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com/IN, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Audiencia estatal imparcial

Después de que haya presentado una apelación y recibido una decisión de nuestra parte, si aún no está satisfecho, puede apelar ante el estado. Tiene 120 días calendario a partir de la fecha de la decisión del plan de salud de apelar ante el estado. Esto se denomina Audiencia estatal imparcial. Puede escribir una carta que le diga al estado por qué cree que una decisión es incorrecta. Asegúrese de que su nombre y otra información importante, como las fechas de la decisión, estén en la carta. Envíe su apelación por correo a:

Office of Administrative Law Proceedings
402 West Washington Street, Room E034
Indianapolis, IN 46204

La Oficina de Procedimientos de Ley Administrativa (Office of Administrative Law Proceedings, OALP) le enviará información sobre cómo se manejará su Audiencia estatal imparcial. La Oficina de Procedimientos de Ley Administrativa decidirá si la decisión de UnitedHealthcare Community Plan fue correcta. Usted o su representante pueden asistir a la Audiencia estatal imparcial. Si la Oficina de Procedimientos de Ley Administrativa decide que la decisión de UnitedHealthcare Community Plan fue correcta, es posible que usted tenga que pagar por los servicios que había apelado. Si la Oficina de Procedimientos de Ley Administrativa decide que la decisión de UnitedHealthcare Community Plan no fue correcta, UnitedHealthcare Community Plan autorizará y pagará los servicios rápidamente.

¿Continuaré recibiendo servicios durante el proceso de apelación?

Si presenta una apelación, continuará recibiendo los servicios que ya recibía, siempre y cuando los presente dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de Aviso de determinación adversa de beneficios. Sus servicios pueden continuar si:

- Su apelación implica la interrupción o reducción de los servicios previamente aprobados
- Los servicios fueron pedidos por un proveedor autorizado
- El período original autorizado no ha vencido
- Usted solicita la extensión

Si la apelación no se resuelve a su favor, es posible que tenga que pagar los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

Preguntas y respuestas sobre las apelaciones

P: ¿Qué sucede si necesito ayuda para presentar una queja/apelación o si necesito un intérprete?

R: Si por cualquier motivo necesita ayuda para presentar una queja o una apelación, comuníquese con su navegador o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

Procedimientos del plan

P: ¿Cómo presento una apelación?

R: Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Todas las cartas de apelación deben enviarse a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare
Grievances and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Puede presentar una queja o un reclamo contra nosotros (el plan de salud) o contra un proveedor. Consulte la sección **Quejas y reclamos de los miembros** de este manual para obtener detalles sobre la presentación.

Directrices anticipadas

Es su derecho elegir la atención médica que recibe. Esto incluye medidas para salvar la vida en caso de emergencia. También incluye sus deseos durante una crisis de salud mental. Una directriz de salud anticipada es un formulario legal. En ella, puede enumerar qué atención médica desea en caso de que no pueda hablar o tomar decisiones por usted mismo más adelante.

- Puede enumerar qué atención no desea
- Puede nombrar a una persona, como un cónyuge, para que tome decisiones para su atención de la salud si usted no puede hacerlo

¿Listo para redactar sus directrices anticipadas? Puede visitar el sitio web PREPARE Su Cuidado Médico (prepareforyourcare.org). Puede obtener un formulario de directriz anticipada en farmacias, hospitales, consultorios legales y consultorios médicos. Es posible que tenga que pagar el formulario. Puede pedirle a su familia, al PMP o a alguien de confianza que lo ayude a rellenar el formulario.

Tiene derecho a que se incluyan sus directrices anticipadas en sus registros médicos. Tiene derecho a cambiar o cancelar su directriz anticipada en cualquier momento. Tiene derecho a conocer los cambios en las leyes de directrices anticipadas. El **Departamento de Salud de Indiana** tiene un sitio web que explica la legislación de Indiana. Vaya a in.gov y busque el “Advance Directives Resource Center” (Centro de Recursos de Directrices Anticipadas).

UnitedHealthcare Community Plan le brinda información general sobre las directrices anticipadas; siempre consulte a su abogado o asesor legal antes de firmar cualquier documento legal. Si desea obtener más información, hable con su administrador de atención o su navegador. También puede encontrar información sobre las Directrices Anticipadas en UHCommunityPlan.com/IN.

66 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCommunityPlan.com/IN, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Fraude, malgasto y abuso

Cuando usted presta atención e informa situaciones que pueden ser fraude, malgasto o abuso, esto ayuda a proteger el programa Hoosier Care Connect. Los miembros y los proveedores pueden cometer fraude, malgasto o abuso. Si cree que un miembro o proveedor de Hoosier Care Connect ha cometido fraude, malgasto o abuso es su responsabilidad informarlo.

El fraude y el abuso son ilegales. Cometer actos fraudulentos o abusivos puede hacer que usted pierda su elegibilidad para Hoosier Care Connect. Las sanciones incluyen multas o la prisión.

Ejemplos de fraude, malgasto y abuso:

- No le dijo a la Administración de Servicios Sociales y Familiares, a su navegador ni a su administrador de atención que recibió una gran suma de dinero o vendió su casa
- Da una dirección falsa de residencia
- No le dice a la Administración de Servicios Sociales y Familiares, a su navegador ni a su Administrador de Atención que está recibiendo dinero
- No informar que tiene otra cobertura de seguro. No le informa a Administración de Servicios Sociales y Familiares, a su navegador ni a su administrador de atención sobre otro seguro que tenga.
- No notifica a su navegador, Administrador de Atención ni a la Administración de Servicios Sociales y Familiares cuando haya un cambio en la composición de la familia u otros cambios demográficos

Un proveedor puede cometer fraude, malgasto o abuso. Algunos ejemplos:

- Brindarle atención que no necesita
- Facturarle servicios que no recibió
- Mantenerle en un hospital más tiempo del que necesita
- Ocasionarle daño físico o mental
- Uso indebido de su fondo fiduciario
- No llevar a cabo su plan de atención

Si considera que existe una situación de fraude, malgasto o abuso, infórmelo. Llame a la Línea Directa de Fraude de UnitedHealthcare al **1-844-359-7736**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**. No utilizaremos su nombre en su informe. No tendrá problemas por informar estos hechos. Nosotros revisaremos la situación por usted. El estado de Indiana también cuenta con una línea directa gratuita de fraude, malgasto y abuso. Puede llamar al **1-800-403-0864**. Puede informar de manera anónima. Los usuarios de TTY pueden marcar **711** para todas las opciones.

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com/IN, 67
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Cambios en el estilo de vida

Los cambios que debe informar a su navegador incluyen:

- Adopción
- Matrimonio
- Nacimiento
- Mudanza a un nuevo condado
- Fallecimiento
- Divorcio
- Mudanza a un nuevo estado
- Cambio de tutela
- Cambio de dirección
- Cambio de número de teléfono

Cómo cambiar el plan de salud

Cada año usted tiene la opción de cambiar de plan durante la inscripción abierta anual. Esta es la fecha en la que se inscribe o vuelve a inscribirse en Hoosier Care Connect. Tiene 90 días para cambiar de plan de salud cuando se inscribe como nuevo miembro o cuando renueva su elegibilidad.

El estado de Indiana le enviará una notificación dos meses antes de la fecha en la que puede hacer un cambio. Si desea cambiar el plan de salud, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan. Primero deseamos ayudarlo con cualquier problema que tenga.

Si quiere cambiar de plan de salud y no es su periodo de inscripción abierta, es posible que aún pueda cambiar de plan en casos especiales. Algunos de los motivos por los que puede cambiar su plan de salud son los siguientes:

- Recibió atención de mala calidad
- No podemos brindarle los servicios cubiertos por el programa Hoosier Care Connect
- Barreras culturales o lingüísticas graves
- Falta de acceso a una clínica de atención primaria u otros servicios de salud que estén razonablemente cerca de su lugar de residencia
- Otro plan de salud ofrece medicamentos o tratamientos que nuestro plan de salud no ofrece
- No tiene acceso a proveedores con experiencia en el manejo de sus necesidades de atención de la salud
- Su PMP deja nuestro plan de salud y se inscribe en otro plan de salud de Hoosier Care Connect

Comuníquese con su navegador para obtener una solicitud de cambio de contratista del programa si desea cambiar de plan. Lo ayudaremos a presentar una queja formal ante nuestro plan de salud. Primero debe seguir el proceso de quejas. Consulte la sección **Quejas y reclamos de los miembros** de este manual para obtener detalles.

68 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Si no está satisfecho con el resultado de un reclamo o una apelación, tiene derecho a solicitar el cambio del plan de salud por una causa justa. Las solicitudes se pueden presentar a Maximus por teléfono o correo postal. Maximus es el agente de inscripción estatal. Ellos procesan una solicitud de causa justa solo después de que se haya completado un reclamo. Maximus es la organización con la que debe ponerse en contacto para cambiar el plan de salud. El número de teléfono es 1-866-963-7383. También puede enviar una carta. La dirección a la cual debe enviar la carta es:

Maximus
101 W. Ohio Street
Indianapolis, IN 46204

Si su solicitud es por continuidad de atención médica, los directores médicos de ambos planes deben acordar que el cambio es necesario. De lo contrario, su solicitud será denegada. Si su solicitud es denegada, será informado al respecto. Tiene derecho a apelar.

Transición de la atención si cambia de plan

Si cambia de plan y tiene preguntas, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**. Un coordinador de transición lo ayudará con este proceso.

Nuestro coordinador de transición se comunica con su nuevo plan de salud para asegurarse de que tienen la información necesaria sobre su atención. Esto incluye cualquier autorización y plan de atención actuales. La transmisión de esta información a su nuevo plan de salud ayudará a todos a mantenerse conectados con el tratamiento necesario durante la transición. Nuestro coordinador de transición está disponible para usted y para el otro plan de salud para responder preguntas.

Recomendaciones de cambios

Siempre estamos interesados en lo que tiene para decir. Si desea recomendar un cambio en un servicio, programa o procedimiento del plan de salud, infórmenos. Usted puede hacer lo siguiente:

- Envíe un correo electrónico a través de su cuenta del portal de miembros en myuhc.com
- Comuníquese con su navegador, quien escuchará su sugerencia y la transmitirá a la persona correcta
- Escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare Community Plan
2955 N. Meridian Street, Suite 400
Indianapolis, IN 46208

Otros detalles del plan

Derechos y responsabilidades de los miembros

Derechos de los miembros

Tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores
- Ser tratado con respeto y con la debida consideración que merecen su dignidad y privacidad
- Recibir información sobre sus opciones y alternativas de tratamiento, de forma que pueda entenderlas
- Hablar con sus proveedores y el plan de salud sobre su atención médica y su plan de tratamiento
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento independientemente del costo o la cobertura
- Rechazar el tratamiento directamente o a través de una directriz anticipada
- Participar con los profesionales en la toma de decisiones sobre su atención de la salud
- Estar libre de cualquier acción de ser retenido en contra de su voluntad o aislado de los demás cuando estas acciones tienen la intención de presionarlo para que haga algo, castigarlo o mostrar venganza contra usted o de facilitarle el trabajo al personal médico
- Revisar sus registros médicos y solicitar cambios o adiciones en cualquier área en que lo considere necesario
- Cambiar su PMP en cualquier momento y por cualquier motivo
- Comunicarnos si no está satisfecho con su tratamiento o con nosotros; puede esperar una respuesta rápida
- Expresar quejas o presentar una apelación
- Saber que no recibirá un mal trato si presenta una queja o un reclamo sobre el plan de salud o la atención brindada
- Hacer sugerencias acerca de las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros
- Hablar con su navegador o administrador de atención para hacer preguntas, obtener ayuda o entender mejor su atención de la salud
- Recibir información:
 - En el formato que necesita, como braille, letra grande o audio
 - En el idioma que necesita

70 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com/IN, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Responsabilidades de los miembros

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

Utilizar los servicios

- Formular preguntas si no entiende sus derechos o el plan de tratamiento
- Asistir a sus citas
- Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir
- Comunicarse primero con su PMP si tiene necesidades médicas que no son de emergencia
- Comprender cuándo debe y cuándo no debe ir a una sala de emergencia
- Saber a quién llamar si necesita un traslado al médico u otro servicio cubierto
- Tratar con respeto y dignidad a los proveedores y al personal del plan de salud
- Estar a cargo de su reunión de planificación
- Invitar a cualquier persona que desee que asista a sus reuniones de planificación
- Determinar las metas en las que quiera trabajar y qué incluye su plan
- Seguir los planes e instrucciones de atención acordados
- Programar su reunión de planificación centrada en la persona en un horario y lugar conveniente para las personas que desea que asistan
- Aceptar los servicios que desea en función de las opciones de servicios que puede recibir
- Elegir un proveedor disponible que desee que le preste sus servicios
- Estar al tanto de que puede necesitar ayuda de su tutor, familia o amigos para tomar buenas decisiones

Proporcionar información

- Informar a su PMP y al navegador o administrador de atención sobre su salud y los cambios en su salud
- Informar a su navegador sobre los cambios en su seguro privado. Esto incluye agregar o finalizar otro seguro.
- Hablar con sus proveedores y su administrador de atención sobre su atención de la salud. Hacer preguntas sobre las formas de tratar sus problemas de salud.
- Notificar a su Administrador de Atención y a la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana si cambia la composición de su familia, si se muda o si cambian sus ingresos
- Proporcionar la información (en la medida que resulte posible) que la organización y sus profesionales de la salud y proveedores necesitan para proveer la atención

Otros detalles del plan

“Vidas más saludables. Una mejor salud”.

- Trabajar en equipo con su PMP y su administrador de atención para decidir qué atención es la mejor para usted.
- Comprender cómo lo que hace puede afectar su salud.
- Hacer el mejor esfuerzo para permanecer sano.
- Tratar a los proveedores y al personal con respeto. Esto incluye abstenerse de pronunciar comentarios despectivos, insultos raciales o étnicos, o blasfemias frente a los proveedores, cuidadores o Administradores de Atención.

Recursos comunitarios

Salud conductual

Línea Directa de Adicciones de Indiana
(las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
<https://www.in.gov/fssa/addiction/>
(chat en línea)
1-800-662-HELP (4357)

Look Up Indiana
(las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
www.lookupindiana.org
(chat en línea o mensaje de texto)
1-877-257-0208

Mental Health America of Indiana
www.mhai.net
1-317-638-3501

Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales
(National Alliance on Mental Illness, NAMI)
1-800-677-6442
www.nami.org

Información sobre Opioides y Referidos
<https://www.in.gov/recovery/know-the-facts/index.html>

Overdose Lifeline, Inc.
1-844-554-3354
www.overdoselifeline.org

Línea de Apoyo de KEY
Número gratuito: 1-800-933-5397

Red Nacional de Prevención del Suicidio
Número gratuito: 988
<https://suicidepreventionlifeline.org/>

Línea para la Prevención del Suicidio en Adolescentes
Número gratuito: 1-800-784-2433

Necesidades sociales

211 Indiana
Marque 2-1-1 dentro de Indiana o
1-866-211-9966, TTY 711
<https://in211.communityos.org/>

Encontrar ayuda
<https://UHCH healthierLives.com>

Directorio de Asistencia Alimentaria
<https://www.in.gov/fssa/dfr/food-assistance-availability-map/>

AARP Friendly Voices
1-888-281-0145

SNAP (asistencia alimentaria)
<https://www.in.gov/fssa/dfr/snap-food-assistance/>

Afecciones médicas a largo plazo

Sociedad Americana contra el Cáncer
www.cancer.org
1-800-227-2345

Asociación Americana de Diabetes
www.diabetes.org
Número gratuito: 1-800-DIABETES
(1-800-342-2383)

Asociación Estadounidense del Corazón
www.heart.org
1-800-242-8721

Asociación Estadounidense del Pulmón
www.lung.org
1-800-586-4872

Otros detalles del plan

Asociación Estadounidense del Derrame Cerebral
www.stroke.org

The Arc of Indiana
1-800-382-9100
www.arcind.org

Asociación de Alzhéimer de Indiana
<http://www.alz.org/indiana/>
Teléfono: 1-800-272-3900 para la Línea de ayuda las 24 horas de la Asociación de Alzhéimer

Recursos para niños

About Special Kids
1-800-964-4746
www.aboutspecialkids.org

Family Voices
1-844-323-4636
www.fvindiana.org

Programa First Steps
<https://www.in.gov/fssa/firststeps/>

Programa Head Start
<https://www.indianaheadstart.org/>

Programa WIC
1-800-522-0874

Otros recursos

Covering Kids and Families
1-888-975-4CKF
www.ckfindiana.org

Recursos para la Lactancia de Indiana
<https://www.in.gov/isdh/25939.htm>

Coalición de Indiana contra la Violencia Sexual y Doméstica
<https://icadvinc.org/>

Línea directa gratuita disponible las 24 horas, los 7 días de la semana: 1-800-332-7385
Videoteléfono para personas con problemas de audición: 1-317-644-6206

Indiana Minority Health Coalition
1-317-926-4011
www.imhc.org

Control de Intoxicaciones
1-800-222-1212
www.poison.org

Línea para Dejar de Consumir Tabaco y Productos de Vapeo
1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669)

Línea de Ayuda para Personas Mayores (disponible las 24 horas, los 7 días de la semana)
1-602-264-4357

División de Adultos de Indiana
<https://www.in.gov/fssa/da/index.html>

Definiciones del plan de salud

Apelación: solicitar la revisión de una decisión que niega o limita un servicio.

Administración de la Atención: si desea ayuda, puede trabajar con un coordinador de atención, un Administrador de Atención, un administrador de salud conductual o un administrador de casos complejos para ayudarlo a establecer objetivos y obtener acceso a la atención. Esto puede incluir servicios cubiertos, referidos a agencias comunitarias y coordinación de servicios no cubiertos, como una exención.

Enfermera Partera Certificada (CNM): una persona certificada por el Colegio Estadounidense de Enfermeras Parteras (American College of Nursing Midwives, ACNM) mediante un examen de certificación nacional y matriculada por la Junta Estatal de Enfermería para ejercer en Indiana. Las CNM administran de manera independiente la atención de mujeres embarazadas y recién nacidos; proporcionan atención del preparto, parto y posparto, ginecológica y neonatal, dentro de un sistema de atención de la salud que proporciona consultas médicas, administración colaborativa o referidos.

Copago: dinero que debe pagar un miembro por un servicio de salud cubierto cuando se brinda el servicio.

Costos Compartidos: dinero que usted paga de su bolsillo para obtener servicios, como un copago por medicamentos con receta o visita a la sala de emergencias por un motivo que no es una emergencia.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME): equipos y suministros solicitados por un proveedor de atención médica por un motivo médico para uso repetido.

Atención en la Sala de Emergencias: atención que recibe en una sala de emergencias.

Servicios de Emergencia: servicios para tratar una afección de emergencia.

Reclamo: una queja que el miembro comunica a su plan de salud. No incluye un reclamo en relación con la decisión que tome un plan de salud de denegar o limitar una solicitud de servicios.

Hospitalización: ingresar o permanecer en un hospital.

Proveedor de la Red: un proveedor de atención médica que tiene un contrato con su plan de salud.

Medicamento Necesario: un servicio proporcionado por un médico o profesional de la salud con licencia que ayuda con el problema de salud, detiene enfermedades, discapacidad o extiende la vida.

Otros detalles del plan

Navegador: una persona a la que puede llamar para obtener apoyo y orientación sobre su cobertura y beneficios de Hoosier Care Connect. Su navegador le llamará cada algunos meses para asegurarse de que esté recibiendo los servicios que necesita.

Red: médicos, proveedores de atención médica, proveedores y hospitales que tienen un contrato con un plan de salud para brindar atención a los miembros.

Proveedor Fuera de la Red: un proveedor de atención médica que tiene un acuerdo de proveedores con la Administración de Servicios Sociales y Familiares, pero que no tiene un contrato con su plan de salud. Es posible que sea responsable de pagar el costo de la atención de Proveedores fuera de la Red.

Atención Ambulatoria: atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna en él.

Especialista en Apoyo de Pares: un servicio proporcionado por un especialista certificado (que ha vivido la experiencia y ha recibido servicios de tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias) para ayudarlo a aprender a manejar las dificultades de su vida.

Asistente Médico (Physician Assistant, PA): un proveedor de atención médica que ejerce la medicina en un equipo bajo la supervisión de médicos. Están capacitados formalmente para examinar a los pacientes, diagnosticar lesiones y enfermedades, recetar medicamentos, ordenar e interpretar pruebas diagnósticas, referir a los pacientes a los especialistas según sea necesario y proporcionarles tratamiento.

Servicios del Médico: servicios de atención de la salud proporcionados por un médico con licencia.

Atención Posparto: atención de la salud prestada durante un período de hasta 12 meses después del parto. Los servicios de planificación familiar están incluidos.

Profesional: se refiere a personal de enfermería certificado en obstetricia, asistentes médicos y otro personal de enfermería practicante. Los asistentes de médicos y el personal de enfermería practicante están definidos en el Título 32, Capítulos 15 y 25, respectivamente, de los Estatutos Revisados de Arizona (Arizona Revised Statutes, A.R.S.).

Medicamentos con Receta: medicamentos solicitados por un profesional de atención médica y proporcionados por un farmacéutico.

Médico de atención primaria (Primary Medical Provider, PMP) una persona que es responsable de la administración de la atención de la salud del miembro. Un PMP puede ser un médico general o de familia, un asistente médico, un médico de medicina interna, un obstetra/ginecólogo, una enfermera partera, personal de enfermería practicante, un especialista en enfermería clínica o un pediatra.

76 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhccommunityplan.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Autorización Previa: aprobación de un plan de salud que puede ser necesaria antes de que reciba un servicio. Esta no garantiza que el plan de salud cubrirá el costo del servicio.

Proveedor: persona o grupo que tiene un acuerdo con la Administración de Servicios Sociales y Familiares para prestar servicios a los miembros de dicha entidad.

Personal de Enfermería Especializado en Psiquiatría: enfermero o enfermera de salud mental que brinda una amplia gama de servicios psiquiátricos y médicos. Esto incluye la evaluación y el tratamiento de enfermedades mentales, la administración de la atención y la terapia de conversación.

Psiquiatra: un médico que se especializa en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de problemas emocionales y de salud mental y que puede recetar medicamentos.

Psicólogo: una persona capacitada para administrar e interpretar una serie de pruebas y evaluaciones que pueden ayudar a diagnosticar una afección o brindar más información sobre la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Los psicólogos también pueden proporcionar terapia de conversación.

Rehabilitación: servicios que ayudan a una persona a recuperar y mantener habilidades y técnicas funcionales para la vida diaria que se han perdido o disminuido.

Especialista: un médico que practica un área específica de la medicina o se centra en un grupo de pacientes.

Atención de Urgencia: atención para una enfermedad, daño o afección lo suficientemente grave como para buscar atención inmediata, pero no lo suficientemente grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

La discriminación es ilegal. UnitedHealthcare Community Plan of Indiana cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata a las personas de forma diferente por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión o sexo.

UnitedHealthcare Community Plan of Indiana proporciona ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidense calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)

UnitedHealthcare Community Plan of Indiana ofrece servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes.

Tiene derecho a presentar un reclamo por discriminación si cree que **UnitedHealthcare Community Plan of Indiana** le trató de manera discriminatoria. Puede presentar un reclamo y solicitar ayuda para presentar un reclamo en persona o por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico a la siguiente dirección:

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

Correo electrónico: UHC_Civil_Rights@uhc.com

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

En línea: hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

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

Por teléfono: **1-800-368-1019** (TDD **1-800-537-7697**)

CSIN24MD0147512_000

78 **¿Tiene preguntas?** Visite UHCCommunityPlan.com/IN, o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

ATTENTION: If you speak English language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-832-4643, TTY 711**.

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), tiene a su disposición servicios de asistencia gratuitos en su idioma. Llame al **1-800-832-4643, TTY 711**.

注意：如果您說中文 (Chinese)，您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-800-832-4643，聽障專線 (TTY) 711**。

HINWEIS: Wenn du Deutsch (German) sprichst, stehen dir kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Anrufe unter **1-800-832-4643, TTY 711**.

Attention: Vann du Pennsylvania Deitsch (Pennsylvania Dutch) shvetsht, dann kansht du hilf greeya funn ebbah es deitsch shvetzt, un's kosht dich nix. **Call 1-800-832-4643, TTY 711**.

သတိမူရန်- သင်သည် မြန်မာ (Burmese) စကားပြောတတ်လျှင်၊ ဘာသာစကားအကူအညီအား အခမဲ့ရယူနိုင်ပါသည်။ ခေါ်ဆိုရန် **1-800-832-4643, TTY 711**။

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية (Arabic)، فنتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على الرقم **2464-383-800-1**، الهاتف النصي **TTY 711**.

참고: 한국어(Korean)를 구사하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-832-4643(TTY는 711)번으로 문의하십시오.**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt (Vietnamese), chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số **1-800-832-4643, TTY 711**.

ATTENTION : si vous parlez français (French), vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le **1-800-832-4643, TTY 711**.

注意：日本語 (Japanese) をお話しになる場合は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。電話番号 **1-800-832-4643、または TTY 711** までご連絡ください。

LET OP: Als u Nederlands (Dutch) spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van taalhelpdiensten. Bel **1-800-832-4643, TTY 711**.

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog (Tagalog), may magagamit kang mga serbisyo na pantulong sa wika na walang bayad. Tumawag sa **1-800-832-4643, TTY 711**.

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски (Russian), Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика. Позвоните: **1-800-832-4643, TTY 711**.

ਸਾਵਧਾਨ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਬੋਲਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-832-4643, TTY 711 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी (Hindi) बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-832-4643, TTY 711 पर कॉल करें।**

¿Tiene preguntas? Visite UHCCCommunityPlan.com/IN, 79
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643, TTY 711**.

Avisos del plan de salud sobre las prácticas de privacidad

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Por ley, nosotros¹ debemos proteger la privacidad de su información médica (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le informa:

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

Por ley, debemos respetar los términos de este aviso.

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

Cómo recopilamos, usamos y compartimos su información

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

- Usted o su representante legal.
- Agencias gubernamentales.

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

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

- **Para Recibir un Pago.** Podemos recopilar, usar o compartir su información médica para procesar pagos de Primas y reclamaciones. Esto puede incluir la coordinación de beneficios.
- **Para Tratamiento o Administración de la Atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica con sus Proveedores para ayudar con su atención.
- **Para Operaciones de Atención de la Salud.** Podemos recomendar un programa de bienestar o manejo de enfermedades. Podemos estudiar datos para mejorar nuestros servicios.

- **Para Proveerle Información acerca de Programas o Productos Relacionados con la Salud.** Podemos proveerle información acerca de otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar limitadas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Podemos proporcionar información acerca de inscripciones, desafiliaciones y un resumen de su información médica a su empleador. Podemos proporcionarle otra información médica si el empleador limita su uso de forma adecuada.
- **Para Propósitos de Suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para tomar decisiones de suscripción. No usaremos su información médica genética para propósitos de suscripción.
- **Para Recordatorios sobre Beneficios o Atención.** Podemos recopilar, usar y compartir su información médica para enviarle recordatorios de citas e información acerca de sus beneficios para la salud.
- **Para Comunicaciones con Usted.** Podemos usar el número de teléfono o el correo electrónico que nos proporcionó para comunicarnos con usted sobre sus beneficios, atención de la salud o pagos.

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

- **Según sea Requerido por Ley.**
- **A las Personas que Participan en su Atención.** Puede ser un familiar en una Emergencia. Esto podría suceder si usted no puede aceptar u objetar la atención. Si no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio. Si se permite, después de su muerte, podemos compartir información médica como a familiares o amigos que ayudaron con su atención.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Esto podría realizarse para evitar el brote de enfermedades.
- **Para Reportar Víctimas de Abuso, Abandono o Violencia Doméstica.** Podemos compartirla solamente con entidades que están autorizadas por ley a recibir esta información médica. Puede tratarse de una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia autorizada por ley a recibir la información médica. Esto puede ser para otorgamiento de licencias, auditorías e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Para responder a una orden o a una citación judicial.
- **Para Hacer Cumplir la Ley.** Para localizar a una persona perdida o para informar un delito.
- **Para Evitar Amenazas a la Salud o a la Seguridad.** Puede ser a agencias de salud pública o de aplicación de la ley. Un ejemplo es en una Emergencia o un desastre natural.
- **Para las Funciones del Gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, para la seguridad nacional o para servicios de protección.

Otros detalles del plan

- **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 fallecimiento, o según lo que indique la ley. Podemos proporcionar información médica a los directivos de las funerarias.
- **Para Trasplantes de Órganos.** Para ayudar a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para las Instituciones Penitenciarias o de Aplicación de la Ley.** Con respecto a las personas que están detenidas: (1) para proporcionarles atención de la salud; (2) para proteger su salud y la de otras personas; (3) para la seguridad de la institución.
- **Para Nuestros Socios Comerciales** en caso de que sea necesario para que le brinden sus servicios. Nuestros socios están de acuerdo en proteger su información médica. No se les permite usar la información médica, salvo en conformidad con nuestro contrato con ellos.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más nuestro uso de la información médica que se enumera a continuación. Cumpliremos leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Abuso de alcohol y sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso o abandono de niños o adultos, incluido el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/sida
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Medicamentos recetados
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

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

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

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

Cómo usar sus derechos

- **Para Comunicarse con su Plan de Salud. Llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.** O puede comunicarse con el Centro de Atención de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY/RTT **711**.

Otros detalles del plan

- **Para Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo postal a la siguiente dirección:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **Período.** Responderemos a su solicitud telefónica o por escrito en un plazo de 30 días.
- **Para Presentar una Queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja a la dirección mencionada anteriormente.

También puede notificarle al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (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.; y UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de Planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

Aviso de Privacidad de la Información Financiera

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

Vigente a partir del 1.º de enero de 2023

Nosotros² protegemos su “información financiera personal” (personal financial information, “FI”). La información financiera personal es información no médica. Le identifica y no está generalmente disponible al público.

84 **¿Tiene preguntas?** Visite [UHCCommunityPlan.com/IN](https://www.uhc.com/IN), o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Información que recopilamos

- Obtenemos información financiera personal a partir de sus solicitudes o formularios. Esto podría incluir 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 personal

Solo compartiremos información financiera personal según lo permita la ley.

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

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

Confidencialidad y seguridad

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

Preguntas sobre este aviso

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

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 1, desde la última página de Avisos del Plan de Salud sobre las Prácticas de Privacidad, además de las siguientes filiales de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of ME, Inc.; Healthplex of NC, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Arizona, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of

¿Tiene preguntas? Visite [UHCommunityPlan.com/IN](https://www.uhc.com/IN), 85
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Otros detalles del plan

North Carolina, Inc.; Solstice Administrators of Texas, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solo tiene vigencia donde se requiere por ley. Específicamente, no se aplica para (1) productos de seguros de atención de la salud en Nevada ofrecidos por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros Planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proveen excepciones. Esta lista de Planes de salud está completa a partir de la fecha de entrada en vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.



Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Simplemente llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**. También puede visitar nuestro sitio web, UHCCommunityPlan.com/IN.

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 31349
Salt Lake City, UT 84131

UHCCommunityPlan.com/IN

1-800-832-4643, TTY **711**

United
Healthcare
Community Plan

¿Tiene preguntas? Visite UHCCommunityPlan.com/IN, 87
o llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

[Índice](#)

This page left blank intentionally

This page left blank intentionally

This page left blank intentionally

