

Bienvenido

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan. Esta es su nueva tarjeta de identificación de miembro de Hoosier Care Connect. La tarjeta le permite acceder a beneficios para la salud física y conductual. Estamos orgullosos de tenerlo como miembro y esperamos lograr que su experiencia de atención de la salud sea lo más simple posible a partir de hoy.

Conéctese

Regístrese hoy mismo en myuhc.com/CommunityPlan para obtener acceso web a la cuenta de su plan de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este sitio web rápido, fácil y seguro contiene toda su información de salud en un solo lugar. Use su computadora, tableta o teléfono móvil para conectarse.



¿Necesita más ayuda? Llame al **1-800-832-4643**, TTY 711, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes. Servicios para Miembros puede responder preguntas sobre su cobertura, ayudarle a encontrar un médico o ayudarle con una cita.

© 2023 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.
CSG11676908 9/23

Getting started



Servicios para Miembros

Bienvenido a UnitedHealthcare Community Plan. Nos complace brindarle nuestros servicios como miembro de Hoosier Care Connect (HCC). A cada miembro de HCC se le asigna un navegador de Servicio para Miembros para ayudarle a resolver problemas, encontrar proveedores, recibir materiales en el formato que desee y conectarlo con recursos de su comunidad. Llame al **1-800-832-4643**, TTY **711**, para comunicarse con su navegador.



Información sobre su plan

En el Manual para miembros de UnitedHealthcare Community Plan podrá encontrar una descripción completa de los beneficios y servicios incluidos en su plan. Puede encontrar el manual en línea, en **myuhc.com/CommunityPlan**. Si desea recibir una copia del Manual para miembros por correo postal, llame a Servicio para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, para solicitar una.



Complete su evaluación de necesidades de salud

Una evaluación de necesidades de salud (Health Needs Screening, HNS) es una encuesta breve y sencilla con preguntas simples sobre su salud y estilo de vida. Esto nos ayuda a conocerlo mejor y a conectarlo con sus beneficios y servicios. Debe completar su HNS dentro de los primeros 90 días de convertirse en miembro, o tan pronto como pueda. Solo le llevará unos minutos y **ganará una tarjeta de regalo de \$35** por hacerlo. Las instrucciones se encuentran en el formulario.



Su tarjeta de identificación de miembro

Llévela siempre con usted. Incluye información importante sobre el plan de salud. En el frente de su tarjeta figura el nombre y el número de teléfono de su proveedor médico primario (Primary Medical Provider, PMP). Nuestro número de teléfono figura en el dorso. También puede visitar **myuhc.com/CommunityPlan** para ver una versión digital o imprimir una nueva tarjeta.



Buscar un médico

Su tarjeta de identificación de miembro tiene un proveedor médico primario (PMP) asignado. Usted es libre de cambiar su PMP en cualquier momento. Para encontrar un médico en línea, puede visitar **myuhc.com/CommunityPlan** o llamar a Servicio para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.



1-800-832-4643, TTY 711



myuhc.com/CommunityPlan



Aplicación de
UnitedHealthcare

Evaluación de necesidades de salud (página 1 de 3)

Complete esta encuesta dentro de los primeros 90 días de convertirse en miembro nuevo. Ganará una tarjeta de regalo de \$35.

Puede completar la encuesta de una de las siguientes cuatro (4) maneras:

1. Completarla en papel: complete esta encuesta de tres páginas y envíela en el sobre prepagado.
2. Completarla en línea: visite myuhc.com/CommunityPlan/IN e inicie sesión en su cuenta del portal.
3. Completarla y enviarla por correo electrónico: complete esta encuesta y envíe fotos de las 3 páginas por correo electrónico a IN_HPops@uhc.com.
4. Completarla por teléfono: llame a Servicio para Miembros al **1-800-832-4643**; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**.

Si usted no es el miembro, responda todas las preguntas en nombre del miembro nuevo.

Nombre completo: _____ Fecha de hoy: _____

N.º de id. de Medicaid: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección de correo postal: _____

1. **¿Tiene algún problema de salud?** Sí No Si la respuesta es sí, marque todas las opciones que correspondan:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDAH o TDA | <input type="checkbox"/> Problema con el alcohol o las drogas | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Autismo/Trastorno generalizado del desarrollo/Asperger | <input type="checkbox"/> En espera para trasplante de órgano | <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> EPOC, enfisema |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> TOC |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático | <input type="checkbox"/> Terapia especial (ocupacional/fisioterapia/del habla) | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |

Otro no mencionado aquí: _____

2. **¿Necesita ayuda con alguno de sus problemas de salud?** Sí No

3. **¿Toma algún medicamento?** Sí No

¿Necesita asistencia para obtener sus medicamentos o resurtidos? Sí No

4. **¿Consultó a un médico en los últimos seis meses?** Sí No

Si la respuesta es sí, ¿por qué consultó a un médico? _____

¿Cómo se llamaba el médico? _____



1-800-832-4643, TTY 711



myuhc.com/CommunityPlan



Aplicación de
UnitedHealthcare

Evaluación de necesidades de salud (página 2 de 3)

5. **¿Fue atendido por un médico en la sala de emergencias en los últimos seis meses?** Sí No
¿Cuántas veces fue allí y por qué motivo? _____
¿Consultó a su médico desde su última visita a la sala de emergencias? Sí No
6. **¿Fue paciente de un hospital en los últimos seis meses?** Sí No
¿Por qué estuvo en el hospital? _____
¿Consultó a su médico desde que le dieron el alta? Sí No
7. **¿Usa o necesita algo que le ayude a caminar, hablar, escuchar, ver, bañarse, ir al baño o comer?**
 Sí No Si la respuesta es sí, marque todas las opciones que correspondan:
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Cama especial | <input type="checkbox"/> Ayuda para ver | <input type="checkbox"/> Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Máquina para dormir/
monitor de apnea | <input type="checkbox"/> Máquina para respirar/
nebulizador | <input type="checkbox"/> Ayuda para comer |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para ir al baño | <input type="checkbox"/> Ayuda para caminar | <input type="checkbox"/> Ayuda para hablar |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para vestirse | <input type="checkbox"/> Ayuda para jugar | <input type="checkbox"/> Ayuda para bañarse |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para escuchar | | |
8. **¿Se siente deprimido, ansioso o tiene poco interés en hacer las cosas?** Sí No
Si la respuesta es sí:
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer a la hora de hacer cosas?
 Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió triste, deprimido o desesperanzado?
 Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días
9. **¿Consume tabaco o productos para vapear de algún tipo?** Sí No
Si la respuesta es sí, ¿desea ayuda para dejarlo? Sí No
Comuníquese al 1-800-QUIT-NOW para dejar de fumar o vapear hoy mismo.
10. **¿Le preocupan cosas como el lugar donde vive? ¿Acceder a alimentos todos los días? ¿Ir al supermercado o a las citas con el médico? ¿Sentirse a salvo?** Sí No
Si la respuesta es sí, marque todas las opciones que correspondan:
 Comestibles Vivienda Transporte Seguridad Educación/trabajo
11. **¿Se han realizado pruebas de envenenamiento por plomo a todos los niños del hogar?**
 Sí No No está seguro No hay niños menores de 6 años en el hogar
12. **(Mujeres solamente) ¿Está embarazada actualmente?** Sí No
Si la respuesta es sí, fecha prevista de parto: _____
13. **(Mujeres solamente) ¿Tuvo un bebé en los últimos doce meses?** Sí No



Evaluación de necesidades de salud (página 3 de 3)

14. ¿Consultó a un dentista en el último año? Sí No

15. ¿Hay algo más que le gustaría informarnos en este momento? _____

16. ¿Recibe actualmente beneficios del Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o tiene una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT)? Sí No

17. ¿Cómo le gustaría recibir los materiales que le enviamos? Marque todas las opciones que correspondan:

- Correo postal _____ Correo electrónico: Indique aquí _____ Mensaje de texto _____
 Letra grande _____ Braille _____

18. Para conocer mejor a las personas a las que prestamos servicios, indique su raza u origen étnico: _____

19. ¿Cuál es su idioma materno?

Hablado: _____ Escrito: _____

¿Necesitará un traductor cuando hable con nosotros? Sí No



Sus beneficios

A continuación, se proporciona una descripción general de sus beneficios. La información detallada se encuentra en su Manual para miembros. Puede encontrar el Manual para miembros en línea, en myuhc.com/CommunityPlan. También puede solicitar una copia llamando a Servicio para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes.



Visitas al médico

- Exámenes de bienestar (adultos y niños)
- Visitas al proveedor médico primario
- Visitas al especialista
- Servicios de salud conductual
- Vacunas



Servicios frecuentes

- Atención de emergencia y de urgencia
- Servicios de hospital
- Servicios de laboratorio y radiología
- Atención durante el embarazo



Otros servicios cubiertos

- Administración de la atención médica
- Suministros para la diabetes
- Planificación familiar
- Servicios de audición
- Exámenes oftalmológicos
- Exámenes dentales

Médicos de la red

Encuentre una lista de médicos, clínicas, hospitales, especialistas y farmacias de nuestra red en myuhc.com/CommunityPlan. O bien, puede llamar a Servicio para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Si recibe una factura por servicios cubiertos

En la mayoría de los casos, los médicos y hospitales no le pueden enviar facturas por servicios cubiertos. Si recibe una factura que cree que deberíamos pagar nosotros, llame a Servicio para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.



1-800-832-4643, TTY 711



myuhc.com/CommunityPlan



Aplicación de
UnitedHealthcare

Cómo obtener atención



Programe una cita con su PMP

Consulte a su PMP para recibir atención de rutina, incluidos exámenes de bienestar, vacunas, coordinación de su atención con un especialista o tratamiento de resfríos y gripe. También puede hablar con su PMP sobre cualquier inquietud de salud conductual. Su PMP aparece en su tarjeta de identificación. Puede cambiar de PMP en cualquier momento.



Servicios de salud conductual

Puede recibir muchos tratamientos y servicios para la salud mental, el abuso de alcohol y el uso indebido de medicamentos. No necesita un referido de su PMP. Para encontrar un médico de salud conductual, ingrese en la pestaña “Behavioral Health” (Salud conductual) en myuhc.com/CommunityPlan o llame a Servicio para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.

Si sufre una crisis de salud mental, es importante que obtenga ayuda de inmediato. Una crisis de salud mental es un momento en el que el comportamiento de una persona puede poner a esta en peligro o poner en peligro a los demás, especialmente si no recibe ayuda. La línea para crisis está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al **1-800-832-4643**, TTY 711. Después de una crisis, también es importante recibir atención de seguimiento. Esto incluye recibir apoyo después de que haya sido hospitalizado. Comuníquese con nosotros si necesita que le ayudemos a programar una cita.



Transporte

Usted tiene traslados ilimitados para visitas al médico, citas del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC), la despensa de alimentos y citas de elegibilidad para Medicaid. Para programar traslados, llame a Servicio para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.



Medicamentos recetados

La lista de medicamentos con receta cubiertos se denomina Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL). Los medicamentos de la PDL están cubiertos. Algunos medicamentos requerirán que el consultorio de su médico envíe un formulario de autorización previa. Asegúrese de lo siguiente:

- Que su medicamento con receta esté incluido en la Lista de medicamentos preferidos (PDL)
- Usted muestra su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga los medicamentos



Servicios y beneficios adicionales

UnitedHealthcare Community Plan ofrece muchos más beneficios para ayudarle a mantenerse saludable. Encontrará la lista completa en su Manual para miembros o en línea, en myuhc.com/CommunityPlan. O bien, puede llamar a Servicio para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY 711.



1-800-832-4643, TTY 711



myuhc.com/CommunityPlan



Aplicación de
UnitedHealthcare

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: **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**

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**)

Los formularios de reclamos están disponibles en **hhs.gov/ocr/index.html**.

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 Deitsh (Pennsylvania Dutch) shvetsht, dann kansht du hilf greeya funn ebbah es deitsh 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 ਮੁਫਤ 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।**