

Derechos y responsabilidades de los miembros

Apoye la “Declaración de derechos” del cliente

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, al inscribirse usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Es importante que entienda ambos a cabalidad. Aquí le presentamos la siguiente declaración de derechos y responsabilidades para su información. El estado debe asegurarse de que cada persona inscrita tenga libertad de ejercer sus derechos y de que el ejercicio de tales derechos no afecte de manera adversa la forma en que el plan de salud y sus proveedores o el organismo estatal traten a la persona inscrita.

Usted tiene derecho a:

- Obtener información acerca de UnitedHealthcare Community Plan, sus servicios, los médicos que le brindan atención y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Que su médico le informe, en un idioma que usted entienda, lo que está mal, lo que se puede hacer y cuál puede ser el resultado.
- Obtener información acerca de las opciones de tratamiento, independientemente de su costo o cobertura, de una forma que usted pueda entender.
- Expresar quejas o apelaciones acerca de nosotros y su atención.
- Sugerir cambios a nuestros derechos y responsabilidades de los miembros.
- Que lo atiendan con respeto y dignidad, considerando su privacidad y sin discriminación debido a su estado de salud, discapacidad física o mental, sexo, raza, color, religión, origen nacional, edad, estado civil u orientación sexual.
- Que se le informe dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita.
- Obtener una segunda opinión.
- Otorgar su aprobación a cualquier tratamiento o plan de atención después de que le haya sido explicado.
- Rehusarse a recibir atención y que se le informen cuáles pueden ser sus riesgos si lo hace.
- No ser sometido a ningún tipo de restricción o reclusión como un medio de intimidación, disciplina, conveniencia o represalia.
- Obtener una copia de su expediente médico. Hablar acerca de este con su médico y solicitar, si fuese necesario, que se modifique o corrija.
- Que su expediente médico se mantenga confidencial, se comparta solo si la ley o un contrato lo exigieran o con su aprobación.
- Recibir atención respetuosa en un ambiente limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias.
- Obtener información acerca de los incentivos de los médicos.
- Ejercer sus derechos y que esto no repercuta de modo alguno en la forma como lo tratan.
- Redactar una voluntad anticipada.
- Tomar una decisión con respecto a la donación de órganos.
- Recibir servicios que no se denieguen o reduzcan. Estos servicios no se deben denegar ni reducir debido a un diagnóstico, a un tipo de enfermedad o a un problema médico.
- Tener acceso a servicios de interpretación oral sin costo.

continúa

Usted tiene la responsabilidad de:

- Dar la información que UnitedHealthcare Community Plan y su médico necesitan para atenderle.
- Escuchar las recomendaciones del médico, seguir sus instrucciones y hacer preguntas.
- Entender sus problemas de salud y trabajar con su médico para establecer metas en cuanto al tratamiento.
- Trabajar con su médico para proteger y mejorar su salud.
- Averiguar cómo funciona su sistema de atención médica.
- Volver a visitar a su médico o pedir una segunda opinión si no se mejora.
- Tratar al personal de atención médica con respeto.
- Decirnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención médica.
- Seguir el proceso de programación de citas.
- Acudir a sus citas. Si debe cancelar una cita, llame tan pronto como pueda.
- Llamar a su médico cuando necesite atención médica, incluso después del horario de atención.
- Acudir a una sala de emergencias únicamente para emergencias reales.
- Informar al plan cualquier cambio de dirección, número de integrantes de la familia u otra cobertura de atención médica.
- Pagar por servicios no aprobados y recibidos de proveedores que no pertenezcan a la red si:
 - Usted sabe que el servicio no tiene cobertura.
 - Usted ha aceptado por escrito la responsabilidad financiera del servicio.
- Saber cómo obtener la aprobación de los servicios.



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

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

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

Usted tiene que presentar la queja oralmente o por escrito dentro de los primeros 30 días a partir de la fecha cuando se enteró de ella. Si su queja no puede resolverse en un día, se le considerará como reclamación. Nosotros le enviaremos una notificación de recibido de su reclamación dentro de los primeros 5 días después de haberla recibido. Se le enviará la decisión en un plazo de 30 días.

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros **1-877-743-8731, TTY 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

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

Internet:

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

Formas para las quejas se encuentran disponibles en:

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

Teléfono:

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

Correo:

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

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Tales como, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros **1-877-743-8731, TTY 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-743-8731, TTY 711**.

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-743-8731, TTY 711**.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số **1-877-743-8731, TTY 711**.

Traditional Chinese

注意：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-877-743-8731**，或聽障專線 **TTY 711**。

French

ATTENTION : Si vous parlez français, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le **1-877-743-8731, TTY 711**.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على الرقم **1-877-743-8731**، الهاتف النصي **.711**

Choctaw

Pisa: Chahta anumpa ish anumpuli hokma, anumpa tohsholi yvt peh pilla ho chi apela hinla. I paya **1-877-743-8731, TTY 711**.

Tagalog

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyo ng pantulong sa wika, nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-743-8731, TTY 711**.

German

HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachendienste zur Verfügung. Wählen Sie: **1-877-743-8731, TTY 711**.

Korean

참고: 한국어를 하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-743-8731, TTY 711** 로 전화하십시오.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો તમારા માટે વિના મૂલ્યે ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો **1-877-743-8731, TTY 711**.

Japanese

ご注意:日本語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**1-877-743-8731**、または**TTY 711**。

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по тел **1-877-743-8731, TTY 711**.

Panjabi

ਸਾਵਧਾਨ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਟੀਮ ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। **1-877-743-8731, TTY 711** ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Italian

ATTENZIONE: se parla italiano, Le vengono messi gratuitamente a disposizione servizi di assistenza linguistica. Chiami il numero **1-877-743-8731, TTY 711**.

Hindi

धुन दे: डदल आड हलनुदी डलषल डुलते हलँ तु डलषल सलहलड तल सेवलडं आडके ललए नलःशुलुक उडलडुध हलँ। कलँ करलँ **1-877-743-8731, TTY 711**.