

Referencias y atención dentro de la red

Preguntas frecuentes

¿Cuál es el papel de mi proveedor de atención primaria?

Tu médico de cabecera (PCP por sus siglas en inglés) será la clave para aprovechar al máximo tu cobertura. Los servicios de salud cubiertos deben ser brindados por un médico de cabecera dentro de la red. Tu PCP supervisa tu atención, te guía por el mejor camino para el cuidado de tu salud y administra las referencias a especialistas de la red.

Siéntete seguro con tu atención médica sabiendo que puedes elegir tu propio PCP entre más de 550,000 médicos y profesionales de la salud de calidad que forman parte de nuestra red. O podemos ayudarte a encontrar uno. Incluso puedes cambiar tu PCP en cualquier momento. Cualquiera que elijas, puedes confiar en tu atención y cobertura.

¿Qué es una referencia?

Una referencia es la recomendación de un médico de cabecera de que otro proveedor te brinde atención específica. Para que los servicios estén cubiertos, un PCP de la red debe enviarnos una referencia antes de que veas a la mayoría de los demás proveedores. Consulta siempre con un PCP antes de buscar atención de otros proveedores.

¿Cuándo necesito una referencia?

Para consultar a un proveedor que no sea un médico de cabecera, necesitarás una referencia. **Sin una referencia, podrías ser responsable del costo total del servicio.** Asegúrate de que tu PCP nos envíe una referencia antes de programar una cita con un especialista. Por ejemplo, necesitas una referencia de un médico de cabecera antes de visitar a un cardiólogo o cirujano, entre otros especialistas.

¿Qué servicios no requieren una referencia?

Siempre que los proveedores se encuentren dentro de la red y el área de servicio de tu plan, existen algunas excepciones que **no** requieren una referencia:

- Cualquier servicio de especialistas en obstetricia y ginecología, enfermeras practicantes, enfermeras parteras y asistentes médicos de la red
- Examen refractivo de la vista de rutina de un proveedor de la red
- Servicios brindados por optometristas de la red
- Servicios de salud mental/trastornos por consumo de sustancias con médicos clínicos de salud conductual de la red
- Servicios del médico que te ingresa en casos de admisiones de emergencia/no programadas
- Servicios brindados en cualquier sala de emergencias, centro de atención de urgencias de la red, clínica de atención de conveniencia de la red o "visitas clínicas virtuales" designadas de la red
- Servicios quiroprácticos
- Otros servicios de la red para los cuales las leyes correspondientes no requieren una referencia. Los requisitos de referencia pueden variar según el estado. Consulta tu póliza médica para obtener más detalles.



Atención del
médico de
cabecera

¿Quién es responsable de presentar una referencia?

Un médico de cabecera de la red es el único tipo de proveedor de atención médica que puede presentar referencias. Si tu médico de cabecera no presenta una referencia antes de que programe una cita con un especialista, no tendrás cobertura y podrías ser responsable del costo total del servicio.

¿Cuántas visitas se incluyen con cada referencia a un especialista?

El médico de cabecera determinará la cantidad de visitas. Cada referencia puede incluir hasta 6 visitas. Las visitas no utilizadas vencen 6 meses después de la fecha de inicio de la referencia. Una vez que se hayan utilizado o vencido las 6 visitas, el PCP puede presentar otra referencia al especialista de la red.

Para los miembros con ciertas afecciones crónicas que se enumeran más adelante, el médico de cabecera puede presentar referencias permanentes para una mayor cantidad de visitas.

- Rinitis alérgica
- SIDA/VIH
- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- Anemia
- Cáncer
- Fibrosis quística
- Convulsiones epilépticas
- Atención por fracturas
- Glaucoma
- Miastenia grave
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Insuficiencia renal (aguda)
- Convulsiones
- Microangiopatía trombótica

¿Es necesaria una nueva referencia si necesito ver a otro especialista, regresar para tener más visitas después de que la referencia haya vencido o se hayan utilizado todas las visitas?

Sí. En cada caso, tú o el especialista de la red al que se te refirió deben comunicarse con tu médico de cabecera para considerar una referencia adicional.

¿Se pueden ver mis referencias en línea?

Sí, puedes ver de manera segura tus referencias procesadas en la página de inicio de tu cuenta en línea en es.myuhc.com/exchange.

¿El proveedor indicado en mi referencia también debe estar dentro de la red?

Sí. Para servicios que no sean de emergencia, los médicos de la red de UnitedHealthcare deben darte una referencia a otros proveedores de la red. Si tu médico te da una referencia a un proveedor fuera de la red, pídele que te de una referencia a un proveedor dentro de la red.

¿Cómo encuentro un proveedor dentro de la red?

Puedes encontrar un proveedor de la red al ingresar en es.myuhc.com/exchange y seleccionar "Buscar atención médica". También puedes llamar al número al número de servicios para miembros que se encuentra en tu tarjeta de ID del plan de salud. Estamos aquí para ayudarte a encontrar un proveedor dentro de la red que se ajuste a tus necesidades.

¿Qué sucede si necesito atención cuando viajo?

La atención virtual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono o desde tu computadora, tanto para atención primaria como urgente. Las situaciones de emergencia también están cubiertas por tu plan, incluso cuando visitas otro estado.



Atención
especializada

¿Qué sucede si acudo a un proveedor fuera de la red?

Es posible que debas pagar el costo total de los servicios de un proveedor fuera de la red. Recuerda, la mejor manera de ahorrar en tus costos de desembolso es acudir a proveedores dentro de la red.

¿Con quién me debo comunicar si tengo más preguntas?

Si tienes más preguntas sobre tus beneficios, remisiones o cómo encontrar atención dentro de la red, podemos ayudarte. Simplemente llama al número que se encuentra en el respaldo de tu tarjeta de ID del plan de salud de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, para recibir asistencia. (De octubre a marzo: disponible los 7 días de la semana; de abril a septiembre: disponible de lunes a viernes).



Los beneficios descritos pueden no estar disponibles en todos los planes o en todos los estados. Algunos planes pueden requerir copagos, deducibles o coseguros para estos beneficios. Esta póliza tiene exclusiones, limitaciones, reducción de beneficios y términos bajo los cuales la póliza puede continuar en vigencia o discontinuarse. Para conocer los costos y detalles completos de la cobertura, revise los documentos de cobertura su plan o llame o escriba a su agente/corredor de seguros o a la compañía, según corresponda. La cobertura médica de los planes individuales y familiares de UnitedHealthcare es ofrecida por: UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization Incorporated en CO; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company en AL, IN, KS, LA, MA, MO, NE, NJ, TN y WY; Optimum Choice, Inc. en MD y VA; UnitedHealthcare Community Plan, Inc. en MI; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of South Carolina, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc. en WA; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc., y UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. en Iowa. Servicios administrativos proporcionados por United HealthCare Services, Inc. o sus afiliadas.