

Remisión a Especialistas y Red

Preguntas Frecuentes

¿Qué función cumple mi proveedor de cuidado primario?

Tu proveedor de cuidado primario (PCP) será la clave para hacer un uso pleno de tu cobertura. Los servicios de salud cubiertos deben ser proporcionados por un proveedor de cuidado primario dentro de la red. Tu proveedor de cuidado primario supervisa tu cuidado, te guía por el camino del mejor cuidado y administra las remisiones a especialistas de la red.

Para estar seguros de que puedas usar plenamente tu cobertura, a ti y a las demás personas cubiertas por tu plan, se les asignará un proveedor de cuidado primario dentro de la red. Puedes cambiar tu proveedor de cuidado primario una vez cada mes a través de tu cuenta en Internet o llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Estos cambios entran en vigencia el primer día del mes.

¿Qué es una remisión?

Una remisión es una recomendación de un proveedor de cuidado primario indicando que se te debe proporcionar cuidado específico por parte de otro proveedor.

Para que los servicios estén cubiertos, un proveedor de cuidado primario de la red debe enviarnos una remisión antes de que consultes a la mayoría de los otros proveedores. Asegúrate de consultar siempre con un proveedor de cuidado primario antes de buscar cuidado con otros proveedores.

¿En qué casos necesito una remisión?

Para consultar con un proveedor diferente de un proveedor de cuidado primario, necesitarás una remisión.

Sin una remisión, podrías tener que pagar el costo total del servicio. Asegúrate de que un proveedor de cuidado primario nos envíe una remisión antes de que programes una cita con un especialista.

Por ejemplo, necesitas una remisión de un proveedor de cuidado primario antes de consultar con un cardiólogo, oftalmólogo o cirujano, entre otros.

¿Cuáles servicios no requieren una remisión?

Siempre y cuando los proveedores se encuentren en la red de tu plan y área de servicios, hay algunas excepciones que **no** requieren una remisión:

- Cualquier servicio de un especialista en obstetricia o ginecología, enfermera profesional, partera y asistente médico
- Examen refractivo ocular de rutina con un proveedor de la red
- Servicios prestados por optómetras de la red
- Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias con profesionales clínicos de salud del comportamiento de la red
- Servicios del médico que admite admisiones de emergencia o no programadas
- Servicios prestados en alguna sala de emergencia, centro de cuidado de urgencia de la red, clínica de cuidado sin cita previa de la red o “visitas a la clínica virtual” en Internet de la red designada.
- Servicios quiroprácticos
- Otros servicios de la red para los cuales la legislación correspondiente no requiere una remisión. Los requisitos de remisión pueden variar según el estado. Consulta los detalles en tu póliza médica.

¿Quién debe enviar la remisión?

Un proveedor de cuidado primario de la red es el único proveedor de cuidado que puede enviar remisiones. Si tu proveedor de cuidado primario no envía una remisión antes de que programes una cita con un especialista, no tendrás cobertura y puedes tener que pagar el costo total del servicio.

(continuación)

¿Cuántas visitas están incluidas en cada remisión a un especialista?

El proveedor de cuidado primario determinará el número de visitas. Cada remisión puede incluir hasta 6 visitas. Las visitas no utilizadas se vencerán a los 6 meses de la fecha de inicio de la remisión. Después de que las 6 visitas se hayan utilizado o vencido, el proveedor de cuidado primario puede enviar otra remisión al especialista de la red.

En el caso de los miembros con ciertas afecciones crónicas indicadas más adelante, el proveedor de cuidado primario puede enviar remisiones permanentes para que obtengas un número mayor de visitas.

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

¿Se necesita una nueva remisión si debo consultar con otro especialista o tener visitas adicionales después de que la remisión se ha vencido o se han utilizado todas las visitas?

Sí. En cada caso, tú o el especialista de la red al que te remitieron se debe comunicar con tu proveedor de cuidado primario para considerar una remisión adicional.

¿Mis remisiones se pueden ver en Internet?

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

¿El proveedor al que me remiten también debe pertenecer a la red?

Sí. En el caso de los servicios que no son de emergencia, los médicos de la red de UnitedHealthcare deben remitirte a otros proveedores de la red. Si tu médico te remite a un proveedor fuera de la red, pídele que te remita a un proveedor dentro de la red.

¿Cómo encuentro un proveedor de la red?

Puedes encontrar un proveedor de la red en myuhc.com/exchange, en “Find Care” (Buscar cuidado). También puedes llamar al número del Departamento de Servicios para Miembros que aparece en la tarjeta de ID del plan de salud. Nos alegra encontrar un proveedor de la red que sea adecuado para ti.

¿Y si necesito cuidado cuando viaje?

El cuidado virtual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono o computadora, tanto para cuidado primario como de urgencia. Las situaciones de emergencia también están cubiertas por tu plan, incluso si te encuentras en otro estado.

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

Es posible que tengas que pagar el costo total de los servicios de un proveedor fuera de la red. Recuerda que la manera más efectiva de reducir los costos de tu bolsillo es utilizar proveedores de la red.

¿Con quién debo comunicarme si tengo otras preguntas?

Si tienes más preguntas sobre tus beneficios, las remisiones o cómo encontrar cuidado dentro de la red, podemos ayudarte. Simplemente, llama al número que aparece al 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).

La cobertura de los Seguros Individuales y Familiares ACA 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, KS, LA, MO, NJ, y TN; Optimum Choice, Inc. en MD y VA; UnitedHealthcare Community Plan, Inc. en MI; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of South Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc. en WA; y UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc. UnitedHealthCare Services, Inc. o sus compañías afiliadas proporcionan los servicios administrativos.