



# Guía de Inscripción 2024

**UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP)**

H3113-005-000

**Área de servicio:** New Jersey - condados de Atlantic, Bergen, Burlington, Camden, Cumberland, Essex, Gloucester, Hudson, Hunterdon, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Salem, Somerset, Sussex, Union y Warren

United  
Healthcare®  
Dual Complete

# Los planes Medicare Advantage de UnitedHealthcare están aquí para lo que a usted le importa, hoy y mañana



## Planes diseñados para adaptarse a su vida

Con planes diseñados para todos los estilos, etapas y edades de Medicare, hay un plan de UnitedHealthcare que se adapta a su vida. Use su UnitedHealthcare UCard® como su ID de miembro y mucho más. Su UCard le da acceso a una amplia red de proveedores. Desde elegir un plan hasta usar su plan, disfrute de una experiencia de Medicare más fácil que nunca, según lo que informan miembros como usted. En realidad, 4 de cada 5 miembros recomendarían los planes para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble de UnitedHealthcare a sus familiares y amigos.<sup>1</sup>



## Más por su dinero de Medicare

Use su UCard de UnitedHealthcare para comprar alimentos saludables y productos de venta sin receta, y para pagar facturas de servicios públicos. Sepa por qué más beneficiarios de Medicare y Medicaid eligen un plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble de UnitedHealthcare que de cualquier otra compañía<sup>2</sup>.



## Orientación para hoy y a medida que sus necesidades cambien

Cuente con nosotros para estar aquí cuando importa. Le ayudaremos a buscar el plan adecuado con información educativa sobre el plan fácil de entender, útiles herramientas en Internet y amables Especialistas en Planes de Medicare de UnitedHealthcare.<sup>3</sup> Como miembro, los representantes y navegadores de UnitedHealthcare le ayudan a obtener las respuestas y el cuidado que usted necesita. Deje que los más de 45 años de experiencia de UnitedHealthcare trabajen para usted.

<sup>1</sup>Recomendaciones de los miembros según Human8, mayo de 2023.

<sup>2</sup>El más elegido según el total de inscripciones en planes D-SNP, conforme a los datos de inscripción de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, mayo de 2023

<sup>3</sup>Un Especialista en Planes de Medicare es un agente/productor de ventas de seguros con licencia.

# UCard le abre las puertas donde importa

Una vez que sea miembro, recibirá su nueva UCard de UnitedHealthcare por correo.  
Use su UCard cuando:



## Visite a un proveedor o surta una receta

Su UCard tiene la información del plan que usted y sus proveedores necesitan.



## Compre alimentos saludables y productos de venta sin receta, o pague facturas de servicios públicos

Use el crédito cargado en su UCard como pago en la tienda o en Internet.



## Gaste las recompensas ganadas

Compre artículos aprobados en miles de tiendas minoristas de todo el país.



## Se registre en el gimnasio

Muestre su UCard para acceder a su membresía gratuita la primera vez que visite un centro de acondicionamiento físico o un gimnasio de la red del programa Renew Active®.



# Aproveche un plan especialmente diseñado

Este plan es para las personas que tienen Medicare y la cobertura completa de Medicaid y tiene muchos beneficios adicionales que pueden ayudarle a llevar una vida más saludable. Tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita.



## Así es como funciona este plan HMO D-SNP



### Use siempre proveedores de la red.

El plan no cubre cuidado médico recibido de proveedores fuera de la red. (Excepto servicios para el cuidado de emergencia, el cuidado de urgencia y la diálisis renal.)



**Elija un proveedor de cuidado primario para que supervise y ayude a administrar su cuidado.** Es requerido por el plan, pero también es muy beneficioso para su salud y bienestar a largo plazo.



**Usted nunca paga un copago o coseguro para consultar a un proveedor de la red.** Si recibe cuidado de un proveedor fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su bolsillo.



**No se necesita una referencia para consultar a un especialista u otro proveedor de la red.**



**Los servicios para emergencias y los servicios requeridos de urgencia están cubiertos en cualquier parte del mundo.**

Visite **UHCCommunityPlan.com** para buscar un proveedor o una farmacia de la red en los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción. Consulte su Evidencia de Cobertura para ver una lista de todos los servicios cubiertos.

Escanee este código para consultar la Lista de Medicamentos



# Beneficios Importantes

## UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP)

Como miembro de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP), usted no tiene gastos de su bolsillo. Usted no será responsable de ningún copago o coseguro por los medicamentos u otros servicios cubiertos que reciba de proveedores del plan.

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2024. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

### Costos del plan

Prima mensual del plan	\$0
------------------------	-----

### Beneficios médicos

#### Visita al consultorio médico

Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago
-------------------------------------	---------------

Especialista	\$0 de copago (no se necesita una referencia)
--------------	---

Visitas virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
-------------------	---

<b>Servicios preventivos</b>	\$0 de copago
------------------------------	---------------

<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>	\$0 de copago por cada estadía (sin límite de días)
---	---

<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	\$0 de copago por cada estadía (sin límite de días)
---	---

<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía</b>	\$0 de copago
---	---------------

#### Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Terapia de grupo	\$0 de copago
------------------	---------------

Terapia individual	\$0 de copago
--------------------	---------------

Visitas virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
-------------------	---

## Beneficios médicos

<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	\$0 de copago para las marcas que tienen cobertura
<b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b>	\$0 de copago
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0 de copago
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago
<b>Ambulancia</b>	\$0 de copago por transporte terrestre o aéreo
<b>Cuidado de emergencia</b>	\$0 de copago (mundial)
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	\$0 de copago (mundial)

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

<b>Acupuntura</b>	\$0 de copago
<b>Servicios Quiroprácticos</b>	\$0 de copago
<b>Servicios dentales</b>	\$0 de copago
<b>Equipo Médico Duradero (DME)</b>	\$0 de copago
<b>Servicios y Suministros para la Planificación Familiar</b>	\$0 de copago
<b>Centros de Cuidado de la Salud que han sido Aprobados a Nivel Federal (FQHC)</b>	\$0 de copago
<b>Programa de acondicionamiento físico</b>	\$0 de copago por el programa Renew Active®, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, además de clases de acondicionamiento físico por Internet, desafíos para la agudeza mental y 1 dispositivo Fitbit®
<b>Servicios para la audición — exámenes de audición y aparatos auditivos</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de apoyo a domicilio</b>	\$150 de crédito por trimestre para gastar en dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño y para el apoyo adicional en el domicilio

<b>Programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS)</b>	\$0 de copago
<b>Beneficio de comidas</b>	\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)
<b>Cuidado Médico Diurno</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de una Enfermera Partera</b>	\$0 de copago
<b>Centro de Enfermería (cuidado a largo plazo/cuidado de custodia)</b>	\$0 de copago
<b>NurseLine</b>	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana
<b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>	\$290 de crédito cada mes para pagar alimentos saludables que tienen cobertura, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y facturas de servicios públicos de compañías de servicios públicos de la red
<b>Servicios de un Asistente para el Cuidado Personal</b>	\$0 de copago
<b>Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)</b>	\$0 de copago por un sistema personal de respuesta ante emergencias (personal emergency response system, PERS)
<b>Podiatría – de rutina</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de Enfermería Privada</b>	\$0 de copago
<b>Transporte – de rutina</b>	\$0 de copago
<b>Servicios para el Cuidado de la Vista</b>	\$0 de copago

### Medicamentos con receta

#### Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista de la red

<b>Genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos)</b>	\$0 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
<b>Todos los demás medicamentos</b>	\$0 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)



UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) es un Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan, FIDE SNP). El plan tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa New Jersey Medicaid. La inscripción en UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Este plan está disponible para toda persona que tenga Medicare y reciba beneficios completos de New Jersey Medicaid.

La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Las primas están cubiertas para los miembros de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP). Al inscribirse en este plan, usted debe usar proveedores, distribuidores de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) y farmacias dentro de la red. Con nuestro plan, usted será inscrito automáticamente en la cobertura de Medicaid (NJ FamilyCare) y se cancelará su inscripción en cualquier otro plan de Medicaid (NJ FamilyCare) en el que esté inscrito actualmente. Todos sus servicios, artículos y medicamentos cubiertos por Medicaid estarán cubiertos por nuestro plan y usted debe obtenerlos de proveedores dentro de la red. Con nuestro plan, usted será inscrito automáticamente en la cobertura de la Parte D y se cancelará automáticamente su inscripción en cualquier otro plan de cobertura acreditable o de la Parte D de Medicare en el que esté inscrito actualmente. Usted debe comprender y seguir las reglas de nuestro plan sobre las referencias.

Y0066\_MABH\_2024\_SP\_M H3113005000

CSNJ24HM0133141\_000





# Resumen de Beneficios 2024

UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP)

Consulte esta guía para obtener más información sobre el plan y los servicios médicos y medicamentos con receta que tienen cobertura. Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información sobre el plan.



Número gratuito **1-800-514-4911**, TTY **711**

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



**[es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com)**

United  
Healthcare®  
Dual Complete

## Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de UHC Dual Complete® NJ-Y001. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Evidencia de Cobertura**.

## Índice

A.	Exenciones de responsabilidad.....	3
B.	Preguntas frecuentes (FAQ).....	6
C.	Descripción general de los servicios.....	10
D.	Servicios adicionales que cubre UHC Dual Complete® NJ-Y001 .....	25
E.	Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete® NJ-Y001 .....	26
F.	Servicios que no cubre UHC Dual Complete® NJ-Y001 (exclusiones).....	27
G.	Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan .....	27
H.	Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado .....	31
I.	Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude .....	31

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

## A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Evidencia de Cobertura** en Internet en **es.UHCCommunityPlan.com**.

- UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) es un Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Fully Integrated Dual Special Needs Plan, FIDE SNP). El plan tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa New Jersey Medicaid. La inscripción en UHC Dual Complete® NJ-Y001 depende de la renovación del contrato. Este plan está disponible para toda persona que tenga Medicare y reciba los beneficios completos de New Jersey Medicaid.

Al inscribirse en este plan:

1. Debe usar los proveedores, los proveedores de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) y las farmacias dentro de la red.
  2. Será inscrito automáticamente en la cobertura de Medicaid (NJ FamilyCare) conforme a nuestro plan, y se cancelará la inscripción en cualquier plan de Medicaid (NJ FamilyCare) en el que esté inscrito actualmente. Todos sus servicios, artículos y medicamentos cubiertos por Medicaid pasarán a estar cubiertos por nuestro plan, y usted debe recibirlos de proveedores dentro de la red.
  3. Será inscrito automáticamente en la cobertura de la Parte D de nuestro plan, y se cancelará automáticamente la inscripción en cualquier otro plan de la Parte D de Medicare o cobertura acreditable en la que esté inscrito actualmente.
  4. Debe entender y seguir las reglas de nuestro plan sobre las referencias.
- Esta no es una lista completa. La información sobre los beneficios es un breve resumen; no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan al **1-800-514-4911 (TTY 711)** o lea la **Evidencia de Cobertura**. Puede leerla y descargarla por Internet en **es.UHCCommunityPlan.com**, o puede llamar a Servicio al Cliente al número gratuito **1-800-514-4911 (TTY 711)** para solicitar una copia.
  - Los beneficios varían según el plan o el área. Se aplican limitaciones y exclusiones.
  - **ATENCIÓN:** Si habla español, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita.
  - **ATTENTION:** If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call UHC Dual Complete® NJ-Y001 Customer Service at the number listed at the bottom of this page. The call is free.
  - La compañía no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911, TTY 711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID.
- Puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que anotemos en nuestro sistema que usted desea recibir los materiales en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.
- Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al Cliente al número que se encuentra en la primera página de esta guía.
- This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the first page of this book.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- Las primas están cubiertas para los miembros de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP).
- Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.
- El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra.
- OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con receta que OptumRx envía deberían llegar en un plazo no mayor de 5 días hábiles después de que recibamos el pedido completo. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al **1-877-266-4832**, TTY **711**.
- La participación en el programa Renew Active® de UnitedHealthcare es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por otros terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. El programa Renew Active varía según el plan o el área. La red de gimnasios puede variar en el mercado local.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- El servicio de NurseLine no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. En situaciones de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. La información proporcionada a través de este servicio es para su conocimiento solamente. El personal de enfermería no puede diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos; tampoco sustituye el cuidado que le proporciona su médico. La confidencialidad de su información de salud se mantiene según la ley. El acceso a este servicio está sujeto a las condiciones de uso.

Usted puede leer el manual **Medicare y Usted**. Este manual se envía por correo cada otoño a los beneficiarios de Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este manual, puede acceder a este por Internet en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://www.medicare.gov)) o solicitar una copia por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://www.UHCCommunityPlan.com).

## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Qué es un Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (FIDE SNP)?</b></p>	<p>Un Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (FIDE SNP) de New Jersey es una opción de cuidado de salud administrado para miembros de NJ FamilyCare con Medicare. Este plan cubre todos sus beneficios de Medicare, de NJ FamilyCare (Medicaid) y de medicamentos con receta, incluida la Parte D de Medicare, así como beneficios adicionales, en un solo plan de salud, con una sola Tarjeta de ID de Miembro y sin copagos por servicios médicos ni medicamentos con receta. El plan coordina todo su cuidado.</p> <p>Si usted se inscribe en un Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble, no pierde ninguno de sus beneficios de NJ FamilyCare, del programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS) ni de Medicare. Cada servicio que usted tiene con NJ FamilyCare y Medicare sigue estando disponible, junto con el acceso a algunos servicios adicionales.</p> <p>Para cumplir los requisitos para inscribirse en un Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble en New Jersey, usted debe tener derecho a las Partes A y B de Medicare y cumplir los requisitos para recibir los beneficios completos de NJ FamilyCare. También debe vivir en el “área de servicio” del plan (los condados donde se ofrece el plan). Los condados que conforman el área de servicio de UHC Dual Complete® NJ-Y001 se indican en la página 8 de este documento.</p>
<p><b>¿En UHC Dual Complete® NJ-Y001, recibiré los mismos beneficios de Medicare y de NJ FamilyCare que recibo ahora? (continúa en la página siguiente)</b></p>	<p>Si antes de inscribirse en UHC Dual Complete® NJ-Y001 usted estaba inscrito en Medicare Original o en otro plan de Medicare, podría recibir los beneficios o servicios de manera diferente. Recibirá casi todos sus beneficios cubiertos de Medicare y de NJ FamilyCare directamente de UHC Dual Complete® NJ-Y001.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿En UHC Dual Complete® NJ-Y001, recibiré los mismos beneficios de Medicare y de NJ FamilyCare que recibo ahora? (continuación de la página anterior)</b></p>	<p>Cuando se inscriba en UHC Dual Complete® NJ-Y001, usted y su Equipo de Cuidado de la Salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado individualizado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales. Si está tomando medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete® NJ-Y001 normalmente no cubre, usted podrá obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UHC Dual Complete® NJ-Y001 cubra su medicamento si es médicamente necesario.</p>
<p><b>¿Puedo usar los mismos proveedores de cuidado de la salud que uso ahora?</b></p>	<p>Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Dual Complete® NJ-Y001 y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir usándoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete® NJ-Y001.</li> <li>• Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera de la red de UHC Dual Complete® NJ-Y001.</li> </ul> <p>Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página o lea el <b>Directorio de Proveedores y Farmacias</b> de UHC Dual Complete® NJ-Y001. También puede visitar nuestro sitio web en <a href="http://es.UHCCommunityPlan.com">es.UHCCommunityPlan.com</a> para obtener la lista más actualizada.</p> <p>Si es nuevo en UHC Dual Complete® NJ-Y001, colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado individualizado que satisfaga sus necesidades. Puede seguir usando los proveedores que usa ahora durante 90 días o hasta que su Plan de Cuidado individualizado esté completo.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](http://es.UHCCommunityPlan.com).



Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Qué es un Administrador del Cuidado de la Salud?</b></p>	<p>Un Administrador del Cuidado de la Salud es la principal persona con la que usted debe comunicarse en nuestro plan. Esta persona le ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite.</p>
<p><b>¿Qué es el programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS)?</b></p>	<p>El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS) consiste en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. Por lo general, estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero también se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital, cuando fuera necesario. El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados está disponible para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros.</p>
<p><b>¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Complete® NJ-Y001 puede prestarlo?</b></p>	<p>Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC Dual Complete® NJ-Y001 cubrirá los servicios prestados por un proveedor fuera de la red.</p>
<p><b>¿Dónde está disponible UHC Dual Complete® NJ-Y001?</b></p>	<p>El área de servicio de este plan incluye: Los condados de Atlantic, Bergen, Burlington, Camden, Cumberland, Essex, Gloucester, Hudson, Hunterdon, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Salem, Somerset, Sussex, Union y Warren, en New Jersey. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).



Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Qué es una preautorización?</b></p>	<p>Preautorización se refiere a que usted debe obtener la aprobación de UHC Dual Complete® NJ-Y001 antes de que UHC Dual Complete® NJ-Y001 cubra un servicio, artículo o medicamento específico, o un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la preaprobación, es posible que UHC Dual Complete® NJ-Y001 no cubra el servicio, artículo o medicamento. Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga aprobación primero. UHC Dual Complete® NJ-Y001 puede proporcionarle una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Dual Complete® NJ-Y001 antes de que se preste el servicio.</p> <p>Consulte el Capítulo 3 de la <b>Evidencia de Cobertura</b> para obtener más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de la <b>Evidencia de Cobertura</b> para saber qué servicios requieren una preautorización.</p>
<p><b>¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete® NJ-Y001?</b></p>	<p>No. Usted no tendrá que pagar ninguna prima mensual a UHC Dual Complete® NJ-Y001 por su cobertura de salud.</p> <p>Además, Medicaid pagará la prima de la Parte B de Medicare por usted.</p>
<p><b>¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Complete® NJ-Y001?</b></p>	<p>No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Complete® NJ-Y001.</p>
<p><b>¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete® NJ-Y001?</b></p>	<p>En UHC Dual Complete® NJ-Y001, no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de \$0.</p>
<p><b>¿Tengo una Etapa Sin Cobertura para medicamentos?</b></p>	<p>No. Dado que usted tiene Medicaid, no tendrá una Etapa Sin Cobertura para sus medicamentos.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

## C. Descripción general de los servicios

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que usted podría necesitar y las reglas sobre los beneficios.

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita cuidado hospitalario</b>	Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$0	Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluso el tratamiento para pacientes ambulatorios proporcionado por un médico o un cirujano)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted desea usar un proveedor de cuidado de la salud</b>	Visitas al médico (incluidas las visitas a Proveedores de Cuidado Primario y especialistas)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios de especialistas.
	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado preventivo (cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, contra la COVID-19, entre otras)	\$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	\$0	
	Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo por única vez)	\$0	

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita cuidado de emergencia</b>	Servicios recibidos en la sala de emergencias	\$0	Puede usar cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita cuidado de emergencia. No necesita una preautorización ni tiene que estar dentro de la red. Los servicios recibidos en la sala de emergencias <b>están</b> cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto en determinadas circunstancias. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.
	Servicios requeridos de urgencia	\$0	Los servicios requeridos de urgencia no son cuidado de emergencia. No necesita una preautorización ni tiene que estar dentro de la red. Los servicios para el cuidado requerido de urgencia <b>están</b> cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto en determinadas circunstancias. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita exámenes médicos</b>	Pruebas de laboratorio, como análisis de sangre	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (CAT)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Exámenes de detección, como pruebas para detectar cáncer	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita servicios para la audición</b>	Exámenes de audición (incluidos los exámenes de audición de rutina)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Aparatos auditivos (así como ajustes y accesorios y suministros relacionados)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita cuidado dental</b>	Servicios dentales (incluidos, entre otros, exámenes y limpiezas de rutina, radiografías, empastes dentales, coronas, extracciones, dentaduras postizas y cuidado periodontal y de endodoncia)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita cuidado de la vista</b>	Servicios para la vista (incluidos los exámenes anuales de la vista)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	
	Otro cuidado de la vista (incluido el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo)	\$0	

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted tiene una condición de salud mental</b>	Cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados (servicios de salud mental a largo plazo, incluidos los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico, un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital para casos agudos, un Centro de Cuidado a Corto Plazo [STCF] o un hospital de acceso crítico)	\$0	Todos los miembros tienen la cobertura del plan para hospitalizaciones por casos agudos en un hospital general, independientemente del diagnóstico de admisión o del tratamiento. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios (incluidos, entre otros, la rehabilitación de salud mental para adultos en viviendas grupales y departamentos supervisados, servicios clínicos y hospitalarios, cuidado parcial y manejo de medicamentos)  <b>(Nota:</b> Esta no es una lista completa de los servicios ampliados de salud mental para pacientes ambulatorios del plan. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página o lea la <b>Evidencia de Cobertura.</b> )	\$0	Los servicios pueden ser prestados por un psiquiatra o un médico con licencia del estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, una enfermera especialista, un asistente médico, un psiquiatra de la Red de Profesionales Independientes (IPN), un psicólogo o una Enfermera de Práctica Avanzada (APN), u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado según lo permitan las leyes estatales vigentes. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted tiene un trastorno por consumo de sustancias</b>	<p>Los servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados y ambulatorios (incluidos, entre otros, el manejo de la desintoxicación y la abstinencia, los servicios residenciales a corto plazo, los servicios en centros de tratamiento residencial y el Tratamiento Asistido con Medicamentos [metadona])</p> <p><b>(Nota:</b> Esta no es una lista completa de los servicios ampliados para trastornos por consumo de sustancias. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página o lea la <b>Evidencia de Cobertura.</b>)</p>	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.



<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarlo</b>	Cuidado de enfermería especializada	\$0	Su proveedor tendrá que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado en un asilo de convalecencia	\$0	Su proveedor tendrá que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado de custodia (cuidado a largo plazo en un Centro de Enfermería)	\$0	Los servicios están cubiertos para quienes necesitan el nivel de cuidado en un centro de enfermería y cuyas metas de rehabilitación se cumplieron o interrumpieron sin ningún plan para el alta a la comunidad en un plazo no mayor de 180 días de la admisión.
<b>Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente</b>	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud</b>	Servicios de ambulancia	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.
	Transporte de emergencia	\$0	No se necesita una preautorización.

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<p><b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (Este servicio continúa en la página siguiente)</b></p>	<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (que incluyen aquellos administrados por su proveedor en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos)</p>	<p>\$0</p>	<p>Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la <b>Evidencia de Cobertura</b>. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para ciertos medicamentos.</p>
	<p>Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare  Medicamentos Genéricos y de marca del Nivel 1 (todos los medicamentos cubiertos están en este nivel)</p>	<p>\$0</p>	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)</b> de UHC Dual Complete® NJ-Y001 en <a href="http://es.UHCCommunityPlan.com">es.UHCCommunityPlan.com</a>.  UHC Dual Complete® NJ-Y001 puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de cubrir otro medicamento para esa condición.  Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](http://es.UHCCommunityPlan.com).

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<p><b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (Este servicio continúa en la página siguiente)</b></p>			<p>Su proveedor debe obtener una preautorización de UHC Dual Complete® NJ-Y001 para ciertos medicamentos.</p> <p>Usted debe usar ciertas farmacias para surtir un número muy limitado de medicamentos con determinados requisitos (de manejo especial, coordinación de proveedores o educación del paciente) que la mayoría de las farmacias dentro de su red no pueden cumplir. Estos medicamentos se encuentran en el sitio web del plan, la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)</b>, y los materiales impresos, así como en el Buscador de Planes de Medicamentos con Receta de Medicare en <a href="https://www.medicare.gov">es.medicare.gov</a>.</p> <p>Solo se puede obtener un suministro extendido de días en un subgrupo de la red de farmacias minoristas. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al <b>1-800-514-4911</b>, TTY <b>711</b>, o visite <a href="https://es.UHCCommunityPlan.com">es.UHCCommunityPlan.com</a>, o lea la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).</p> <p><b>Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas</b> – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se pueden encontrar en la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan. Nuestro plan cubre las vacunas de la Parte D sin costo para usted.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación)</b>			Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.
	Medicamentos sin receta (OTC)	\$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos.
	Medicamentos para la diabetes	\$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para ciertos medicamentos.
<b>Usted necesita cuidado de los pies</b>	Servicios de podiatría (incluso los exámenes de rutina)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de ortesis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita equipo médico duradero (DME) o suministros</b>	Por ejemplo, sillas de ruedas, nebulizadores, muletas, andadores con soporte para rodilla, andadores y equipos de oxígeno y suministros  <b>(Nota:</b> Esta no es una lista completa de los Equipos Médicos Duraderos o suministros cubiertos. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página o lea la <b>Evidencia de Cobertura.</b> )	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios/ciertos equipos.

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita servicios de interpretación</b>	Intérprete de idiomas hablados	\$0	
	Intérprete de lenguaje de señas	\$0	
<b>Otros servicios cubiertos (Este servicio continúa en la página siguiente)</b>	Acupuntura	\$0	
	Coordinación del cuidado de la salud	\$0	
	Servicios quiroprácticos	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Suministros para la diabetes	\$0	Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch®Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. El plan no cubre otras marcas.  Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Otros servicios cubiertos (continuación)</b>	Pruebas de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) (que incluyen exámenes preventivos, exámenes médicos, exámenes y servicios para la vista y la audición, vacunas, pruebas de detección de plomo y servicios de enfermería privada)	\$0	Las Pruebas de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos son para miembros menores de 21 años.
	Planificación familiar	\$0	Los servicios para la planificación familiar prestados por proveedores fuera de la red están cubiertos directamente por Medicaid de tarifa por servicio.
	Cuidados paliativos	\$0	
	Mamografías	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Otros servicios cubiertos (continuación)</b>	Programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS) (que incluye, entre otros, servicios en vivienda asistida; fisioterapia, terapia cognitiva, terapia ocupacional y terapia del habla; servicios de ayuda para tareas domésticas; programa de entrega de comida a domicilio; modificaciones en el lugar de residencia [como la instalación de rampas o barras de sujeción]; modificaciones de vehículos; cuidado diurno social para adultos; y transporte que no tiene razones médicas)	\$0	El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados presta servicios a los miembros que necesitan el nivel de cuidado prestado normalmente en un Centro de Enfermería y permite que reciban el cuidado que necesitan en un lugar residencial o comunitario.  El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados está disponible para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos.
	Cuidado médico diurno (que incluye servicios preventivos, terapéuticos, de diagnóstico y de rehabilitación, bajo supervisión médica y de enfermería, en un centro de cuidado ambulatorio)	\$0	El cuidado médico diurno se proporciona para satisfacer las necesidades de las personas que tienen limitaciones físicas o deterioros cognitivos a fin de apoyar su vida en la comunidad.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Otros servicios cubiertos (continuación)</b>	Asistencia para el Cuidado Personal (PCA) (que incluye tareas relacionadas con la salud realizadas por una persona calificada en el domicilio del miembro, bajo la supervisión de una enfermera profesional titulada, conforme a lo certificado por un médico según el plan de cuidado por escrito del miembro)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios.
	Servicios de prótesis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios para ayudarlo a manejar su enfermedad	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Para obtener más información, lea la <b>Evidencia de Cobertura</b> .
	Visitas virtuales médicas	\$0	Hable con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de audio y video en vivo.
	Visitas virtuales de salud mental	\$0	Hable con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de audio y video en vivo.

El resumen de beneficios anterior se proporciona para su conocimiento solamente. Para obtener más información sobre sus beneficios, puede leer la **Evidencia de Cobertura** de UHC Dual Complete® NJ-Y001. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al número que se encuentra al final de esta página.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.



**D. Servicios adicionales que cubre UHC Dual Complete® NJ-Y001**

Esta no es una lista completa. Para saber qué otros servicios están cubiertos, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página o lea la **Evidencia de Cobertura**.

<b>Servicios adicionales que cubre UHC Dual Complete® NJ-Y001</b>	<b>Sus costos</b>
<p>Programa de Acondicionamiento Físico a través del programa Renew Active®.</p> <p>El programa Renew Active incluye una membresía gratuita en un gimnasio cerca de usted, acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico más grande del país, acceso a muchos gimnasios y centros de acondicionamiento físico de primera categoría, un plan de acondicionamiento físico anual personalizado, los miembros que necesiten ayuda pueden llevar un asistente de entrenamiento al gimnasio, acceso a miles de videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo, actividades sociales en clases, clubes y eventos locales de salud y bienestar, Comunidad Fitbit® en Internet para Renew Active – no es necesario tener un dispositivo Fitbit, acceso a la aplicación AARP® Staying Sharp®, dispositivo Fitbit® gratuito para ayudarle a alcanzar sus metas de salud y acondicionamiento físico.</p>	\$0
<p>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos – \$290 de crédito cada mes para pagar alimentos saludables, productos de venta sin receta y facturas de servicios públicos. Compre alimentos saludables como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua. Elija entre miles de productos de venta sin receta, como pasta dental, artículos de primeros auxilios, toallitas para el control de la incontinencia urinaria y mucho más. Pague facturas de servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet. Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Kroger y DVS, o en una tienda de su comunidad que le quede cerca. Use su UCard en los puntos de venta o en Internet para gastar sus créditos para productos de venta sin receta.</p>	\$0
<p>Beneficio de Comidas – 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF)</p>	\$0

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

<b>Servicios adicionales que cubre UHC Dual Complete® NJ-Y001</b>	<b>Sus costos</b>
Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias — Servicios de respuesta ante emergencias, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de un sistema de monitoreo que instalamos en su domicilio	\$0
Servicios de apoyo a domicilio — \$150 de crédito por trimestre para gastar en apoyo adicional en el domicilio, como acompañantes, control de plagas, reparaciones del hogar y mandados.	\$0

## **E. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete® NJ-Y001**

Esta no es una lista completa. Llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página para saber qué otros servicios no están cubiertos por UHC Dual Complete® NJ-Y001, pero están disponibles a través de Medicaid de tarifa por servicio.

<b>Otros servicios cubiertos directamente por Medicaid de tarifa por servicio</b>	<b>Sus costos</b>
Transporte que No Es de Emergencia (de rutina) (que incluye los vehículos de asistencia móvil [MAV]); servicios de ambulancia con soporte vital básico (BLS) (con camilla) en situaciones que no son de emergencia; y servicios de transporte público (como los boletos o pases de autobús y de tren, o los servicios de automóviles y el reembolso del costo del millaje)	\$0
Administración de casos dirigida a grupos específicos (enfermedad mental crónica)	\$0
Hogar de Salud del Comportamiento (Administración del Cuidado de la Salud)	\$0
Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (PACT)	\$0
Servicios de Apoyo Comunitario (CSS)	\$0
Servicios para Emergencias Psiquiátricas (PES)/Servicios para Emergencias Afiliados (AES)	\$0

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

## F. Servicios que no cubre UHC Dual Complete® NJ-Y001 (exclusiones)

Los siguientes servicios no están cubiertos por nuestro plan. Esta no es una lista completa. Para saber de otros servicios excluidos, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

### Servicios que no cubre UHC Dual Complete® NJ-Y001 (exclusiones)

Servicios que no se consideren “razonables y necesarios” según las normas de Medicare y de NJ FamilyCare

Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos o medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio clínico aprobado por Medicare

Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario

Procedimientos para mejoras electivas o voluntarias

Cirugía estética u otro procedimiento estético, a menos que se cumplan los criterios requeridos

Cirugía LASIK

## G. Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Complete® NJ-Y001, usted tiene ciertos derechos concernientes al cuidado de su salud. También tiene ciertas responsabilidades con los proveedores de cuidado de la salud que le atienden. Independientemente de su condición de salud, no pueden negarle el tratamiento médicamente necesario. Usted puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la **Evidencia de Cobertura**.

### Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir los servicios cubiertos independientemente de su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, credo, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), edad, estado de salud, discapacidad física, mental o sensorial, orientación sexual, información genética, capacidad de pago o dominio del inglés. Ningún proveedor de cuidado de la salud debería involucrarse en ninguna práctica, con respecto a ningún miembro, que constituya discriminación ilegal conforme a cualquier ley o norma federal o estatal.
  - Pedir y obtener información en otros formatos (por ejemplo, en letra grande, braille o en audio) sin cargo

(continúa en la página siguiente)

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión
- Que los proveedores de la red no le facturen
- Que sus preguntas e inquietudes sean respondidas de forma completa y cortés
- Ejercer sus derechos libremente, sin ningún efecto negativo en el trato que recibe de parte de UHC Dual Complete® NJ-Y001 o de su proveedor
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios. Esta información debería estar en un formato y en un idioma que usted pueda comprender. Estos derechos incluyen obtener información sobre:
  - UHC Dual Complete® NJ-Y001
  - Los servicios que cubrimos
  - Cómo recibir servicios
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y Administradores del Cuidado de la Salud
  - Sus derechos y responsabilidades
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento del año. Si desea cambiar de proveedor de cuidado primario, puede llamar al **1-800-514-4911**.
  - Usar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
  - Rehusarse al tratamiento en la medida que lo permita la ley, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Pedir una segunda opinión sobre cualquier tipo de cuidado de la salud que le aconseje recibir su proveedor de cuidado primario o su Equipo de Cuidado de la Salud. UHC Dual Complete® NJ-Y001 pagará el costo de su visita de segunda opinión.
  - Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en instrucciones por anticipado

(continúa en la página siguiente)

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir cuidado médico oportunamente
  - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
  - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus médicos, otros proveedores y su plan de salud. Si necesita ayuda con este servicio, llame al **1-800-514-4911**
  - Recibir su **Evidencia de Cobertura** y cualquier material impreso de UHC Dual Complete® NJ-Y001 traducidos en su lengua materna, o que le lean estos materiales en voz alta si usted tiene dificultad para ver o leer. Los servicios de interpretación oral estarán disponibles a solicitud y sin cargo.
  - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión usada como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios para el cuidado de urgencia y de emergencia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin una preaprobación
  - Usar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
  - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal. No se divulgará ninguna información de salud personal a nadie sin su consentimiento, a menos que lo exija la ley.
  - Tener privacidad durante su tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Acceder a un proceso sencillo para expresar sus inquietudes y contar con que UHC Dual Complete® NJ-Y001 realice el seguimiento correspondiente
  - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores. También tiene derecho a apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores.
  - Solicitar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal)
  - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

(continúa en la página siguiente)

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

**Sus responsabilidades incluyen, entre otras, las siguientes:**

- **Usted tiene la responsabilidad de tratar a los demás de manera justa y con respeto y dignidad.** Usted debería:
  - Tratar a sus proveedores de cuidado de la salud con dignidad y respeto
  - Asistir a las citas, ser puntual y llamar con anticipación si va a llegar tarde o tiene que cancelar una cita
- **Usted tiene la responsabilidad de dar información sobre usted y su salud.** Usted debería:
  - Informarle claramente sus problemas de salud a su proveedor de cuidado de la salud y proporcionarle toda la información que sea posible
  - Contarle a su proveedor de cuidado de la salud sobre usted y su historial médico
  - Informarle a su proveedor de cuidado de la salud que usted es miembro de UHC Dual Complete® NJ-Y001
  - Hablar con su proveedor de cuidado primario, Administrador del Cuidado de la Salud u otra persona apropiada sobre el uso de los servicios de un especialista antes de visitar un hospital (excepto en situaciones de emergencia)
  - Avisarle a su proveedor de cuidado primario, Administrador del Cuidado de la Salud u otra persona apropiada de cualquier emergencia o tratamiento fuera de la red en un plazo no mayor de 24 horas
  - Notificar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 si hay algún cambio en su información personal, como su dirección o número de teléfono
- **Usted tiene la responsabilidad de tomar decisiones sobre su cuidado, incluso de rehusarse a recibir tratamiento.** Usted debería:
  - Informarse sobre sus problemas de salud y cualquier tratamiento recomendado, y considerar el tratamiento antes de que sea realizado
  - Colaborar con su Equipo de Cuidado de la Salud y crear planes de tratamiento y fijar metas juntos
  - Seguir las instrucciones y los planes de cuidado que hayan acordado con su proveedor de cuidado de la salud, y recordar que rehusarse a recibir el tratamiento recomendado por su proveedor de cuidado de la salud podría perjudicar su salud
- **Usted tiene la responsabilidad de obtener sus servicios de UHC Dual Complete® NJ-Y001.** Usted debería:
  - Recibir todo el cuidado de su salud de UHC Dual Complete® NJ-Y001, excepto en situaciones de emergencia, cuidado de urgencia, servicios de diálisis fuera del área de servicio o servicios para la planificación familiar, a menos que UHC Dual Complete® NJ-Y001 proporcione una preautorización para el cuidado fuera de la red
  - No permitir que nadie use su tarjeta de ID de miembro de UHC Dual Complete® NJ-Y001 para obtener servicios para el cuidado de la salud

(continúa en la página siguiente)

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.



- Notificar a UHC Dual Complete® NJ-Y001 cuando usted crea que alguien usó indebidamente e intencionalmente los beneficios o servicios de UHC Dual Complete® NJ-Y001

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Evidencia de Cobertura** de UHC Dual Complete® NJ-Y001. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al número que se encuentra al final de esta página.

## **H. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado**

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Complete® NJ-Y001 debería cubrir algo que denegamos, llame a UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**. Puede presentar una queja o apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el Capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura** de UHC Dual Complete® NJ-Y001. También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al número que se encuentra al final de esta página.

**Además, puede escribirnos una carta sobre su queja formal (queja) o apelación.**

**Para presentar quejas, quejas formales o apelaciones médicas:**

UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department  
PO Box 6103  
MS CA124-0187  
Cypress, CA 90630-0023

**Para presentar apelaciones sobre medicamentos de la Parte D o de Medicaid únicamente:**

UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department  
PO Box 6103  
MS CA124-0197  
Cypress, CA 90630-0023

## **I. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude**

La mayoría de los profesionales y las organizaciones de cuidado de la salud que prestan servicios son honestos. Lamentablemente, es posible que haya algunos que no lo sean.

Si usted cree que un médico, un hospital o una farmacia están haciendo algo indebido, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001. Los números de teléfono se encuentran al pie de este documento
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- También puede comunicarse con la División de Fraude de Medicaid de New Jersey (de la Oficina del Contralor del Estado) al **1-888-937-2835**. Las llamadas a este número son gratuitas.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001 al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

## **Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las Tarjetas de ID de Miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® NJ-Y001:**



Llame al **1-800-514-4911**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

**TTY 711**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

## **Si tiene preguntas sobre su salud, llame a NurseLine:**



Llame al **1-877-440-9407**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**TTY 711**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## **Si necesita servicios inmediatos para la salud del comportamiento, llame a la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento:**



Llame al **1-800-514-4911**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**TTY 711**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



## Aviso de Derechos Civiles

**La empresa cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no trata a los miembros de manera diferente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad.**

Si piensa que le han tratado en forma injusta debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad, puede enviar una queja a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **En Línea:** **UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**
- **Correo Postal:** Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UT 84130

Debe enviar la queja en un plazo de 60 días desde que se enteró de la situación. Se le enviará una decisión dentro de un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para pedirnos que analicemos la situación nuevamente. Si necesita ayuda con su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en el frente del folleto o en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- **En Línea:** **<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>**
- **Teléfono:** línea gratuita **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Correo Postal:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave SW  
HHH Building, Room 509F  
Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. O puede solicitar un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en el frente del folleto o en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number listed on the front of the booklet. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en la portada del folleto. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用宣传册前面列出的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打本手冊正面的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numerong nakalista sa harapan ng booklet. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyonang ito ay libre.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại được liệt kê ở mặt trước của quyển sách nhỏ (booklet). Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer an, die auf der Vorderseite der Broschüre aufgeführt ist. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

**Korean:** 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 책자 앞면에 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

**Russian:** Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на лицевой стороне брошюры. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا . للحصول على مترجم، من فضلك اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني الموجود على الجزء الأمامي من الكتيب . سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك . هذه خدمة مجانية .

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी परश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया इस बुकलेट के सामने वाले भाग में सूचीबद्ध टोल- फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato nella parte anteriore dell'opuscolo. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito indicado na parte da frente da brochura. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo gratis pou apèl ki sou lis devan livrè an. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na pierwszej stronie broszury. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、本冊子の表面に記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

# Información importante: Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información  
oficial de  
Medicare del  
gobierno de los  
Estados Unidos



## UnitedHealthcare - H3113

En el año 2024, UnitedHealthcare - H3113 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas:	★ ★ ★ ↯	3.5 estrellas
Calificación de los Servicios de Salud:	★ ★ ★ ↯	3.5 estrellas
Calificación de los Servicios de Medicamentos:	★ ★ ★ ↯	3.5 estrellas

Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

### Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite a usted comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en diversos factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

**El número de estrellas  
indica qué tan bien  
funciona el plan.**

★ ★ ★ ★ ★ EXCELENTE

★ ★ ★ ★ SUPERIOR AL  
PROMEDIO

★ ★ ★ PROMEDIO

★ ★ DEBAJO DEL  
PROMEDIO

★ DEFICIENTE

### Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en Internet

Compare la calificación por Estrellas de este y otros planes por Internet en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

### ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con UnitedHealthcare los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local al **888-834-3721** (número gratuito) o al **711** (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los miembros actuales pueden llamar al **800-514-4911** (número gratuito) o al **711** (TTY).

# Medicamentos Alternativos Cubiertos

La Lista de Medicamentos de su plan incluye muchos tipos de medicamentos diferentes, pero no incluye todos los medicamentos. Por lo general, los medicamentos que no están cubiertos por su plan se pueden reemplazar por medicamentos alternativos. Esta es una lista **parcial** de los medicamentos alternativos que usted puede usar en lugar de algunos de los medicamentos que no están cubiertos por su plan.



**Hable con su proveedor o farmacéutico para saber si los medicamentos alternativos de esta lista son apropiados para usted.**

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos – Nivel
<b>Amitiza</b>	<b>Linzess – 3</b> Lubiprostone – 3 <b>Movantik – 3</b> <b>Motegrity – 4</b> <b>Trulance – 4</b>
<b>Basaglar</b>	<b>Lantus – 3</b> <b>Levemir – 3</b> <b>Toujeo – 3</b> <b>Tresiba – 3</b>
<b>Bystolic</b>	Atenolol tableta – 1 Bisoprolol Fumarate – 2 Metoprolol tableta – 1 Carvedilol tableta – 1
<b>Cialis y Tadalafil 2.5mg y 5mg (BPH Solamente)</b>	Alfuzosin de liberación prolongada – 2 Doxazosin – 1 Tamsulosin – 1
<b>Cyclosporine Oftálmica</b>	<b>Restasis – 3</b> <b>Tyrvaya – 4</b>
Icosapent cápsula	<b>Vascepa – 3</b>
<b>Latuda</b>	Lurasidone – 3
Metformin HCL de liberación prolongada (osmótico)	Metformin de liberación prolongada ( <b>Glucophage XR Genérico</b> ) – 1
<b>Novolin</b>	<b>Humulin – 3</b>
<b>Novolog</b>	<b>Humalog – 3</b> <b>Insulin Lispro – 3</b> <b>Lyumjev – 3</b>
<b>Nucynta ER</b>	<b>Xtampza XR – 4</b> Morphine Sulfate ER 15mg, 30mg, 60mg, 100mg tabletas – 3
<b>OxyContin</b>	<b>Xtampza XR – 4</b> Morphine Sulfate ER 15mg, 30mg, 60mg, 100mg tabletas – 3

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos – Nivel
<b>Pradaxa</b>	<b>Eliquis – 3</b> <b>Xarelto – 3</b>
<b>Proair</b>	Albuterol HFA ( <b>Proair/Proventil HFA</b> genérico y <b>Ventolin HFA</b> ) – 2 <b>Ventolin HFA – 3</b>
<b>Proventil HFA</b>	Albuterol HFA ( <b>Proair/Proventil HFA</b> genérico y <b>Ventolin HFA</b> ) – 2 <b>Ventolin HFA – 3</b>
Venlafaxine HCL tableta de liberación prolongada	Venlafaxine HCL cápsula de liberación prolongada – 2
<b>Victoza</b>	<b>Trulicity – 3</b> <b>Mounjaro – 3</b> <b>Ozempic – 3</b> <b>Bydureon – 3</b>
Zolpidem Tartrate de liberación prolongada	Trazodone 50mg, 100mg, 150mg tableta – 1 Zolpidem de liberación inmediata – 2 <b>Belsomra – 3</b>

**Letra remarcada = Medicamento de marca**    Letra normal = Medicamento genérico



Nota: Los medicamentos alternativos son solamente sugerencias y pueden o no ser apropiados, según la enfermedad específica en tratamiento. La información es exacta al 1 de agosto de 2023 y puede estar sujeta a cambios. Consulte los detalles sobre la cobertura de medicamentos en la Lista de Medicamentos.

La Lista de Medicamentos puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra.

# Recursos útiles

## Recursos para Cuidadores

UnitedHealthcare ofrece recursos y apoyo para nuestros miembros y las personas que les cuidan. Pregunte por nuestros recursos para cuidadores la próxima vez que llame, o bien visite [uhc.com/caregiving](https://uhc.com/caregiving).

## Estamos aquí para ayudarle

Para gozar de buena salud, no solo es importante lo que ocurre en el consultorio médico. Hay otros factores — como el acceso a alimentos, vivienda, transporte y estabilidad financiera — que son igualmente importantes. Podríamos ayudar a conectarle con descuentos y servicios que le facilitan la vida — todo sin costo para usted. Estos servicios pueden ayudarle a:



Ahorrar en facturas de servicios públicos, gastos de medicamentos con receta e incluso costos de reparación del hogar



Determinar su categoría de participación en Medicaid, según sus ingresos



Buscar grupos de apoyo locales



Obtener información sobre los servicios y el apoyo para veteranos



Si usted es un veterano o miembro de un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble, llame al **1-866-427-1873**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a sábado, para obtener más información sobre los programas y los requisitos de participación. Todos los demás miembros de Medicare Advantage deben llamar al **1-866-865-3851**, TTY **711**, de 9 a.m. a 6 p.m., hora local, de lunes a viernes.

## Medicare Explicado®

Medicare Explicado es un programa educativo de UnitedHealthcare® diseñado para ayudarle a aprender todo lo que usted necesita saber sobre Medicare, de modo que pueda tomar decisiones informadas sobre su salud y la cobertura de Medicare.



[MedicareExplicado.com](https://www.MedicareExplicado.com)

# Antes de inscribirse

Asegúrese de que este plan sea el adecuado para usted. Es importante que usted entienda cómo funciona el plan y qué beneficios están cubiertos antes de inscribirse en este plan. Puede encontrar la Lista de Medicamentos (Formulario), los directorios de Proveedores y Farmacias y la Evidencia de Cobertura en [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhccommunityplan.com).



**¿Consultó la Lista de Medicamentos en Internet para confirmar que sus medicamentos con receta estén cubiertos?**



**¿Consultó el Directorio de Proveedores en Internet para confirmar que sus proveedores estén en la red?**  
Si sus proveedores no están en la red, tendrá que elegir un nuevo proveedor de la red.



**¿Revisó el Directorio de Farmacias en Internet para confirmar que la farmacia que usted usa esté en la red?**

Si su farmacia no está en la red, usted tendrá que elegir una nueva farmacia de la red.



**¿Repasó el Resumen de Beneficios en esta guía para revisar sus servicios médicos y medicamentos con receta?**

Si desea más información, la Evidencia de Cobertura incluye una lista completa de cobertura, beneficios y reglas del plan.

**Usted cumple los requisitos para inscribirse en este Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) si:**



Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original



Recibe beneficios completos de Medicaid del estado



Vive en el área de servicio del plan



# ¿Qué puede esperar después de inscribirse?

Una vez que sea miembro, encontrará apoyo para lo que importa, sea grande o pequeño. Puede administrar y encontrar fácilmente respuestas sobre su plan en la aplicación UnitedHealthcare o su sitio para miembros. Y nuestra UCard® de UnitedHealthcare todo en uno hace que ahora sea más fácil descubrir más de su plan de Medicare.



**Usted está aquí**  
Inscripción  
enviada



Cree su  
cuenta para revisar  
su plan en Internet



Su UCard  
llega por correo –  
recuerde activarla



¡Comienza su  
cobertura! Empiece a  
usar su plan

## Administre su plan en Internet

Si aún no lo ha hecho, use su número de ID de miembro y dirección de correo electrónico para crear una cuenta en [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan). En Internet, usted puede:

- Buscar proveedores y farmacias de la red y ver documentos del plan, como la Lista de Medicamentos (Formulario)
- Responder su evaluación de salud
- Revisar el saldo de su UCard de UnitedHealthcare

## Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Programe su visita anual de cuidado preventivo a domicilio con el programa HouseCalls de UnitedHealthcare®. Visite [uhhousecalls.com](https://uhhousecalls.com) para informarse más

## Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año

Le enviaremos un Aviso Anual de Cambios en septiembre con los cambios en su plan para el próximo año. Si el plan ya no satisface sus necesidades, usted puede inscribirse en un nuevo plan durante el Período de Inscripción Anual.

## Gracias por elegir a UnitedHealthcare

Si tiene preguntas, llame al número que se encuentra en su UCard de UnitedHealthcare.

Escanee este código para  
acceder al sitio para miembros  
con su número de ID de miembro



# Cómo inscribirse

Puede inscribirse por teléfono, por correo o por fax. Elija el método que le sea más fácil o conveniente y siga las instrucciones indicadas a continuación.



## Por teléfono

Llame a uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana para inscribirse por teléfono o para programar una cita personal con un agente en el área donde usted vive.



## Por correo

Llene la Solicitud de Inscripción y envíela por correo a:  
UnitedHealthcare  
P.O. Box 30769  
Salt Lake City, UT 84130-0769



## Por fax

Llene la Solicitud de Inscripción y envíe por fax ambas caras de cada hoja a:  
1-888-950-1169

## Lista de Verificación de la Solicitud de Inscripción

- ✓ Escriba su nombre tal y como aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare
- ✓ Asegúrese de elegir el plan que sea mejor para usted
- ✓ Confirme que su dirección permanente sea la correcta
- ✓ Firme y feche donde se le indica
- ✓ Compruebe su fecha de nacimiento
- ✓ Verifique que sus proveedores acepten el plan que elige
- ✓ Escriba el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP)

# Formulario de Confirmación de Temas a Tratar

Antes de reunirse con un beneficiario de Medicare (o su representante autorizado), Medicare exige que los Agentes de Ventas usen este formulario para asegurarse de que la cita se centre únicamente en el tipo de plan y los productos que le interesan al beneficiario. Se debe usar un formulario aparte por cada beneficiario de Medicare. **Marque los productos sobre los que usted desea hablar con el Agente de Ventas (Consulte las definiciones en la parte de atrás de esta página):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos              | <input type="checkbox"/> Productos dentales, de la vista o de la audición |
| <input type="checkbox"/> Plan Independiente de medicamentos con receta de Medicare (Parte D) | <input type="checkbox"/> Productos de indemnización hospitalaria          |
| <input type="checkbox"/> Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)            |   |

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un Agente de Ventas para hablar sobre los productos que marcó anteriormente. El Agente de Ventas es una persona empleada o contratada por un plan de Medicare y es posible que reciba un pago como resultado de que usted se inscriba en un plan. Esta persona no trabaja directamente para el gobierno federal.

Su firma en este formulario no afecta su inscripción actual o futura en un plan de Medicare, no le inscribe en un plan de Medicare ni le obliga a inscribirse en un plan de Medicare. Toda la información que contiene este formulario es confidencial.

**Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:**

<b>Firma del beneficiario/representante autorizado</b>	<b>Fecha de hoy</b>
_____	MM-DD-YYYY

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de molde clara y legible a continuación:

Nombre (nombre y apellidos)	Relación con el beneficiario
-----------------------------	------------------------------

**El representante de ventas con licencia debe llenar esta sección** (escriba en letra de molde clara y legible)

Nombre del Agente de Ventas (nombre y apellidos)	Teléfono del Agente de Ventas ■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■	ID del Agente de Ventas
Nombre del beneficiario (nombre y apellidos)	Teléfono del beneficiario ■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■	Fecha en que se realizará la cita MM-DD-YYYY

Dirección del beneficiario

Método de contacto inicial	Planes que el Agente de Ventas explicará durante la reunión
----------------------------	---

Firma del Agente de Ventas

## Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos

**Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solamente puede recibir cuidado de médicos u hospitales que estén dentro de la red del plan (excepto en situaciones de emergencia).

**Plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes HMO-POS pueden permitirle recibir algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.

**Plan de una organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos, proveedores y hospitales de la red, pero usted también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo mayor.

**Plan privado de tarifa por servicio (PFFS) de Medicare** — Plan Medicare Advantage en el que usted puede visitar cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan, y que acepte atenderle, ya que no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, usted podrá consultar a cualquier proveedor de la red que haya aceptado tratar siempre a los miembros del plan. Por lo general, pagará más por consultar a proveedores fuera de la red.

**Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Los ejemplos de los grupos específicos que cubre este plan incluyen a personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que viven en asilos de convalecencia y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

**Plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (MSA) de Medicare** — Estos planes combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar su deducible.

**Plan de costos de Medicare** — En un plan de costos de Medicare, usted puede visitar proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, Medicare Original pagará sus servicios cubiertos por Medicare, pero usted será responsable de los coseguros y deducibles de Medicare.

## Plan independiente de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

**Plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare** — Plan independiente de medicamentos que agrega la cobertura de medicamentos con receta a Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos Planes Privados de Tarifa por Servicio de Medicare y los Planes de Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare.

## Otros productos relacionados

**Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)** — Planes de seguro que ayudan a pagar algunos gastos de su bolsillo que no paga Medicare Original (Partes A y B), como los deducibles y coseguros de los servicios aprobados por Medicare.

**Productos dentales, de la vista o de la audición** — Planes que ofrecen beneficios adicionales para consumidores que desean cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

**Productos de indemnización hospitalaria** — Planes que ofrecen beneficios adicionales; pagaderos a los consumidores según su utilización médica; a veces se usan para pagar copagos y coseguros. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.



## Solicitud de Inscripción 2024

UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) H3113-005-000 - BDO

**Datos del miembro** (escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul)

Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
N.º de teléfono residencial ( ) -		N.º de teléfono móvil ( ) -	
N.º del Seguro Social (requerido para las personas que se inscriben en planes D-SNP [con elegibilidad doble]):		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
N.º de Medicare			

Dirección permanente (**no se permite casilla de correo**)

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

Dirección postal (**Solo si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo.**)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección de correo electrónico (opcional)

**¿Tiene otro seguro que cubrirá sus medicamentos con receta?**  Sí  No

(Por ejemplo: Otro seguro privado, TRICARE, cobertura de empleados federales, beneficios para Veteranos o programas estatales.)

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Nombre del otro seguro \_\_\_\_\_

N.º de miembro	N.º de grupo	RxBin	RxPCN (opcional)
----------------	--------------	-------	------------------

Responder a estas preguntas es su decisión. No se le denegará cobertura si decide no responderlas.

**¿Qué métodos de pago desea usar?**

Si usted tiene una prima mensual del plan (incluso cualquier multa por inscripción tardía que deba), puede pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. También puede pagar desde una cuenta bancaria a través de una Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT).

Si no elige un método de pago a continuación, recibirá una factura cada mes en su dirección postal.

Si usted debe pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), el Seguro Social (Social Security, SS) le enviará una carta y le preguntará cómo desea pagarlo:

- Con el cheque del Seguro Social
- Factura de parte de Medicare
- Factura de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
- Pago con el cheque del Seguro Social
- Pago con el cheque de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
- Pago directamente desde una cuenta bancaria

Tipo de Cuenta  Cheques  Ahorros

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

N.º de ruta bancaria \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N.º de cuenta bancaria \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

**Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a administrar mejor el plan**

**1. ¿Desea recibir información sobre el plan en otro idioma o en un formato accesible?**

Sí  No

Seleccione una opción:  Español  Braille  Otro \_\_\_\_\_

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **UHCCommunityPlan.com** para obtener ayuda por Internet.

**2. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid?**

Sí  No

Si respondió sí, indique su n.º de Medicaid: \_\_\_\_\_

**3. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.**

- No, no soy de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicoamericano o chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, de otro origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder

**4. ¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.**

- Blanco  Negro o afroamericano
- Indoamericano o nativo de Alaska
- Indio asiático  Chino  Filipino
- Japonés  Coreano  Vietnamita
- Otro origen asiático  Nativo de Hawaii  Samoano
- Guameño o chamorro  De otra Isla del Pacífico
- Prefiero no responder
- Miembro/Ciudadano de una Tribu reconocida por el gobierno federal o estatal (nombre de la Tribu) \_\_\_\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

**5. ¿Trabaja usted o su cónyuge?**

Sí  No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos?

(Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleador, cobertura por Discapacidad a Largo Plazo [Long-Term Disability, LTD], Seguro de Accidentes Laborales, Seguro de Responsabilidad Civil de Automóviles o beneficios para Veteranos)

Sí  No

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud

N.º de miembro

**6. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP), clínica o centro de salud.**

Una lista se encuentra en el sitio web del plan o en el Directorio de Proveedores.

Nombre completo del proveedor/proveedor de cuidado primario

N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

(Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de Proveedores. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones.)

¿Está consultando o ha consultado recientemente a ese proveedor?

Sí  No

**Al incluir su correo electrónico en el espacio anterior, usted se inscribe automáticamente para recibir parte de la documentación de su plan por vía electrónica.**

Recibirá mucha de la documentación necesaria del plan por vía electrónica. Le enviaremos un correo electrónico cuando nuevos documentos (por ejemplo, la Explicación de Beneficios o el Aviso Anual de Cambios) están disponibles en Internet. Puede acceder a estos documentos utilizando su computadora, su tableta o su teléfono móvil.

**Marque aquí si prefiere recibir por correo copias impresas de los materiales necesarios:**

En lugar de recibir documentos por vía electrónica, le enviaremos por correo una copia impresa de los materiales necesarios. Tenga en cuenta que algunos documentos son muy grandes y es posible que no entren en todos los buzones de correo. Puede cambiar su preferencia de envío en cualquier momento.

**Lea y firme**

**Al llenar esta solicitud, acuerdo que:**

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_



- Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura médica (Parte B) para seguir inscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir pagando la prima de la Parte B, de haberla, a menos que la pague Medicaid o un tercero.
- Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare y contenidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” de UnitedHealthcare (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez – y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA Privados de Tarifa por Servicio (Private Fee-For-Service, PFFS), MA de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare).
- Divulgación de información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea necesario para administrar mi plan de salud.
- Doy mi consentimiento para que todas las entidades bajo UnitedHealthcare y sus compañías afiliadas y cualquier proveedor externo usado por UnitedHealthcare llamen a los números de teléfono que he proporcionado utilizando un sistema de marcación automática o voz pregrabada.
- La información de esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, significa que he leído y entendido la información de esta solicitud**

Si firmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a la ley estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante por escrito (poder legal, tutela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por escrito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi UCard® de UnitedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi UCard de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

**Firma del solicitante/miembro/representante autorizado      Fecha de hoy**

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes datos**

**\*No un Agente de Ventas**

Apellidos		Nombre	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
N.º de teléfono (      )      -		Relación con el solicitante	

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo de la agencia/del Representante de Ventas con Licencia**

ID del sistema/representante de ventas con licencia	Fecha de recepción inicial
Nombre del agente/representante de ventas con licencia	Fecha de vigencia propuesta
Nombre del grupo del empleador	
ID del grupo del empleador <input type="text"/>	ID de sucursal <input type="text"/>

**Para ser llenado por el agente de ventas**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD)                                       | <input type="checkbox"/> ICEP (miembros de MA)                 | <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP) | <input type="checkbox"/> OEP (1 de enero a 31 de marzo)         |
| <input type="checkbox"/> OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos) | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble con cambio de estatus) | <input type="checkbox"/> SEP (cambio de residencia)   | <input type="checkbox"/> SEP (pérdida de la cobertura del EGHP) |
| <input type="checkbox"/> SEP (condición crónica)                                       | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble sin cambio de estatus) | <input type="checkbox"/> AEP (15 de octubre a 7 de diciembre)                               | <input type="checkbox"/> OEPI                                   |
| <input type="checkbox"/> SEP (razón del Período de Elección Especial) _____            |  |   |   |

**Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional)      Fecha**

**Una vez llenada esta solicitud, envíala por correo o por fax a:**

UnitedHealthcare  
P.O. Box 30769  
Salt Lake City, UT 84130-0769

Fax: 1-888-950-1169

Envíe por fax el frente y la parte de atrás de cada hoja

Nombre del miembro \_\_\_\_\_  
Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_  
Y0066\_ERFMA\_2024\_SP\_C CSNJ24HM0135128\_000

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the back cover of this book.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente situado en la contraportada de este libro.

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 7/31/2024

## Lista de Verificación de Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

### Explicación de los beneficios

- ✓ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de todos los servicios y su cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite el sitio web de nuestro plan o llame para ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ✓ Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, usted probablemente tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.
- ✓ Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Explicación de reglas importantes

- ✓ Los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✓ Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores).
- ✓ Efecto en la Cobertura Actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud de Medicare Advantage actual terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si usted tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.
- ✓ Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

# Recibo de inscripción 2024

**Para ser llenado solamente si se inscribe con un Representante de Ventas con Licencia.**

Use el recibo como comprobante temporal de cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su UCard® de UnitedHealthcare. El recibo no es garantía de inscripción.

**Esta copia es solamente para su archivo personal. No vuelva a presentar la inscripción.**

<b>Solicitante 1:</b>		<b>Solicitante 2 (si corresponde):</b>	
Nombre		Nombre	
Fecha de la solicitud	- -	Fecha de la solicitud	- -
Fecha de vigencia prop.	- -	Fecha de vigencia prop.	- -
Nombre del plan		Nombre del plan	
Tipo de plan		Tipo de plan	
Plan de salud/N.º de PBP		Plan de salud/N.º de PBP	
N.º de registro de inscripción (si corresponde)		N.º de registro de inscripción (si corresponde)	

**Si tiene alguna pregunta, llame a su Representante de Ventas con Licencia:**

Nombre y N.º de ID del Representante

N.º de teléfono del Representante

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

**RxBIN: 610097**

**Rx PCN: 9999**

**RxGRP: MPDACUNJ**

**Estamos aquí para ayudarle.** Si tiene preguntas adicionales, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

**Recordatorio importante** - No necesita un plan de seguro Medigap o complementario de Medicare con un plan Medicare Advantage. Si actualmente tiene un plan de Medigap, comuníquese con la compañía de seguros para cancelarlo una vez que comience la cobertura de su plan Medicare Advantage.











# ¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

## UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP)

Aprovechará los beneficios adicionales de su plan si usa los proveedores indicados a continuación.



Llame al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre o visite **myuhc.com/communityplan** para:

- Sistema personal de respuesta ante emergencias
- Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active®



### Entrega a domicilio de medicamentos con receta

Optum Home Delivery, un servicio de OptumRx  
1-877-889-6358  
OptumRx.com



### Crédito para Alimentos, Productos de Venta Sin Receta (OTC) y Facturas de Servicios Públicos

Solutran  
1-833-853-8587  
myuhc.com/communityplan



### Dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico

Fitbit®  
1-844-534-8248  
fitbit.com/global/us/store/UHC



### Servicios de Apoyo a Domicilio

1-833-414-4663  
myuhc.com/communityplan



### Línea de Asesoramiento de Enfermería

1-877-440-9407



UnitedHealthcare tiene más de 45 años de experiencia en prestar servicios a miembros como usted. Puede contar con nosotros para que estemos aquí cuando nos necesite. Llámenos cuando necesite apoyo personalizado.

## Con gusto le ayudaremos



Llame al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



**UHCCommunityPlan.com**



Descargue la aplicación UnitedHealthcare

Escanee este código para descargar la aplicación UnitedHealthcare



Información importante del plan

Y0066\_EGCov\_2024\_C\_SP

CSNJ24HM0142954\_001