



# Aviso Anual de Cambios 2025

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

 **MyUHC.com/CommunityPlan**



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

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

**¿Tenemos su dirección correcta?**

Si no es así, háganoslo saber para que reciba toda la información del plan.

**United  
Healthcare®**



# Estamos a su disposición en todo momento

Con más de 45 años de experiencia, sabemos que la cobertura de Medicare es personal y los cambios en su cobertura pueden afectar su vida. Como la marca Medicare Advantage más elegida de los Estados Unidos, tenemos el compromiso de ofrecer un plan 2025 que se adapte a sus necesidades, especialmente a medida que cambian algunas normas en la industria de Medicare.

Este Aviso Anual de Cambios le dirá lo que debe saber sobre los beneficios de su plan, qué hay de nuevo para el 2025 y qué sigue igual. Puede seguir contando con su UCard® fácil de usar, exclusiva de UnitedHealthcare, para que le abra las puertas a su cuidado, sus recompensas y mucho más.

**El Período de Inscripción Anual (AEP) es del 15 de octubre al 7 de diciembre.** Es una oportunidad para reflexionar sobre sus necesidades de plan de salud. Y si sus necesidades han cambiado, puede explorar otras opciones de planes. Con planes diseñados para todos los presupuestos, etapas y edades, UnitedHealthcare tiene una cobertura con la que usted puede contar para toda su vida por delante.

## Algunos recordatorios importantes:

1. Se le inscribirá automáticamente en este plan 2025, a menos que usted entre en acción durante el Período de Inscripción Anual (Annual Enrollment Period, AEP)
2. Sus beneficios de 2025 entrarán en vigencia el 1 de enero, ya sea que usted siga en su plan actual o lo cambie
3. Los beneficios de su plan actual terminan el 31 de diciembre, aprovéchelos antes de que sea demasiado tarde



**Visite [uhc.care/next-year](https://uhc.care/next-year) o escanee el código QR para:**

- Obtener más información sobre los cambios en la industria de Medicare
- Ver su Aviso Anual de Cambios 2025 a través de Internet
- Revisar el uso de beneficios del año actual



## Orientación experta para apoyarle

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su agente de ventas con licencia local o llame a Servicio al Cliente al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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

Los beneficios, las características o los dispositivos pueden variar según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red. Los descuentos descritos no se ofrecen ni se garantizan por nuestro contrato con el programa de Medicare. Además, los descuentos no están sujetos al proceso de apelación de Medicare. Cualquier disputa relacionada con esos productos y servicios puede estar sujeta al proceso de quejas formales de UnitedHealthcare. Las ofertas de recompensas pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Se aplican las condiciones de servicio del programa de recompensas. Un Especialista en Planes de Medicare es un productor o agente de ventas con licencia. Las solicitudes para cancelar la inscripción o cambiar de plan quedan sujetas a las normas vigentes de Medicare y a las normas o leyes federales y estatales. © 2024 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

**United  
Healthcare®**

## **Conozca las novedades de su plan para el próximo año**

Este aviso describe las novedades de su plan, pero no incluye toda la información detallada. En todo este aviso, se le dirigirá a **MyUHC.com/CommunityPlan** para revisar la información detallada en Internet. Todos los documentos que se indican a continuación estarán disponibles en Internet para el **15 de octubre de 2024**.

### **Directorio de Proveedores y de Farmacias**

Revise el Directorio de Proveedores y de Farmacias 2025 en Internet para asegurarse de que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) y farmacias estén dentro de la red el próximo año.

### **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)**

Puede buscar los medicamentos que estarán cubiertos por su plan el próximo año y revisar cualquier nueva restricción en nuestro sitio web.

### **Evidencia de Cobertura (EOC)**

Revise su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) 2025 para obtener información detallada sobre los beneficios del plan. La Evidencia de Cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. También tiene información sobre el programa de calidad, sobre cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sobre sus derechos y responsabilidades como miembro.

### **¿Preferiría obtener copias impresas?**

Si desea una copia impresa de los documentos indicados anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al **1-800-514-4911** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es 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.

### **Reduzca la acumulación de papeles y obtenga los documentos del plan más rápido.**

Visite **MyUHC.com/CommunityPlan** a fin de inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP)  
ofrecido por UnitedHealthcare

# Aviso Anual de Cambios para el Año 2025

## Introducción



**Actualmente, usted está inscrito como miembro de nuestro plan.**

El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas. Este **Aviso Anual de Cambios** le explica los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la **Evidencia de Cobertura**, que se encuentra en nuestro sitio web en **UHCCommunityPlan.com**. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español.
- Puede obtener este **Aviso Anual de Cambios** sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame al número gratuito **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita.
- Para solicitar documentos en su idioma preferido que no sea inglés o en un formato alternativo, nuestros miembros pueden llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. La información de los miembros se anotará como una solicitud permanente para futuras correspondencias y comunicaciones, de manera que los miembros no tengan que presentar una solicitud por separado cada vez.
- Para cambiar una solicitud permanente sobre un idioma o formato preferido, los miembros pueden comunicarse con Servicio al Cliente para pedir que se actualice su preferencia para futuras comunicaciones.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

## Aviso de antidiscriminación

**La discriminación está prohibida por la ley.** La compañía cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no excluye, no trata diferente ni discrimina a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; el embarazo o afecciones relacionadas; la orientación sexual; la identidad de género y los estereotipos sexuales.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja formal a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **Por Correo Electrónico:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)
- **Por Correo:** Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados.

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

Ofrecemos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas americano
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

También ofrecemos servicios gratuitos en otros idiomas a personas cuya lengua materna no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro o que se indica en la portada de la guía (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Este aviso está disponible en

<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notice>.

## Servicios de Interpretación en Varios Idiomas

**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 on your member identification card or listed on the cover 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 su tarjeta de identificación de miembro o en la portada del folleto. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 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，請撥打您的會員識別卡或手冊封面列出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。

**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，請撥打您的會員識別卡或手冊封面列出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 numero na nasa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi o nakalista sa pabalat ng booklet. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyo ng 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 ou sur la première de couverture de la brochure. 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 bảo hiểm sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng hội viên của bạn hoặc ghi trên bìa của quyển sách nhỏ. 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 Ihrem Mitgliedsausweis oder auf dem Umschlag 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, 가입자 ID 카드 또는 이 소책자 표지에 나와 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 Вашей идентификационной карте участника плана или спереди на буклете. 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، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك أو على غلاف الكتيب. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर या पुस्तिका के अग्रभाग पर 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 sulla tessera identificativa o indicato sulla copertina 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 no seu cartão de identificação de membro ou indicado na parte da frente do folheto. 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 apèl gratis ki sou kat idantifikasyon manm ou an oswa ki endike sou kouvèti ti liv la. 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 Pana/Pani karcie identyfikacyjnej lub na okładce 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、会員 ID カードまたは本冊子の表紙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。

## Índice

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>A.</b> | <b>Exenciones de responsabilidad .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>B.</b> | <b>Revise su cobertura de Medicare y de NJ FamilyCare para el próximo año.....</b> | <b>11</b> |
|           | B1. Información sobre UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP).....                   | 11        |
|           | B2. Cosas importantes que debe hacer .....   | 12        |
| <b>C.</b> | <b>Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red .....</b>             | <b>13</b> |
| <b>D.</b> | <b>Cambios en los beneficios para el próximo año.....</b>                          | <b>13</b> |
|           | D1. Cambios en los beneficios por servicios médicos.....                           | 13        |
|           | D2. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta .....                       | 16        |
| <b>E.</b> | <b>Cómo elegir un plan .....</b>   | <b>18</b> |
|           | E1. Cómo seguir en nuestro plan .....  | 18        |
|           | E2. Cómo cambiar de plan .....   | 18        |
| <b>F.</b> | <b>Cómo recibir ayuda .....</b>  | <b>23</b> |
|           | F1. Nuestro plan.....  | 23        |
|           | F2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) .....             | 23        |
|           | F3. Oficina del Ombudsman de Seguros.....  | 23        |
|           | F4. Medicare.....  | 24        |
|           | F5. NJ FamilyCare.....   | 24        |



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

---

## A. Exenciones de responsabilidad

---

- UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) es un Plan Altamente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Highly Integrated Dual Eligible Special Needs Plan, HIDE SNP). El plan tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa NJ FamilyCare. 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 los beneficios completos de NJ FamilyCare.
- UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) is a Highly Integrated Dual Eligible Special Needs Plan (HIDE SNP) with a Medicare contract and a contract with the NJ FamilyCare program. Enrollment in UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) depends on contract renewal. This plan is available to anyone who has both Medicare and full NJ FamilyCare benefits.
- Cuando se inscribe en este plan, debe usar los proveedores, los distribuidores de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) y las farmacias dentro de la red. Usted será inscrito automáticamente en la cobertura de NJ FamilyCare conforme a nuestro plan, y se cancelará la inscripción en cualquier plan de 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. Usted 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. Debe entender y seguir las reglas de nuestro plan sobre las referencias.
- When joining this plan you must use in-network providers, DME (Durable Medical Equipment) suppliers, and pharmacies. You will be enrolled automatically into NJ FamilyCare coverage under our plan, and disenrolled from any NJ FamilyCare plan you are currently enrolled in. All of your Medicaid-covered services, items, and medications will then be covered under our plan, and you must get them from in-network providers. You will be enrolled automatically into Part D coverage under our plan, and you will be automatically disenrolled from any other Medicare Part D or creditable coverage plan in which you are currently enrolled. You must understand and follow our plan's rules on referrals.
- La compañía no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- Los requisitos de participación para los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y \$0 de copago por medicamentos con receta según el modelo de Diseño de Seguros Basados en Valores se limitan a los miembros con el programa Ayuda Adicional de Medicare, y se verificarán después de la inscripción.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. 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 de miembro del plan de salud, TTY **711**, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-514-4911**, TTY **711**.
- 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-514-4911**，TTY **711**。

## **B. Revise su cobertura de Medicare y de NJ FamilyCare para el próximo año**

---

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que siga satisfaciendo sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda dejar nuestro plan. Consulte la **Sección D** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si elige dejar nuestro plan, su membresía terminará el último día del mes en el que se realizó la solicitud. Seguirá estando inscrito en los programas Medicare y NJ FamilyCare siempre y cuando cumpla los requisitos.

Si usted deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección E2**.
- Servicios de NJ FamilyCare en la **Sección E2**.

### **B1. Información sobre UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP)**

---

- UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.
- La cobertura de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) es una cobertura de salud que califica, llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](https://irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.
- Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro(s)” o “nuestra(s)” en este **Aviso Anual de Cambios**, hacen referencia a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP).



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://MyUHC.com/CommunityPlan).

---

**B2. Cosas importantes que debe hacer**

---

- **Compruebe si hay algún cambio en nuestros beneficios que le afecte.**
  - ¿Los servicios que usted usa se ven afectados por algún cambio?
  - Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Compruebe si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos con receta que le afecte.**
  - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura? ¿Usted podrá usar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, como preautorización, terapia escalonada o límites de cantidad?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Compruebe si sus proveedores y farmacias estarán dentro de nuestra red el próximo año.**
  - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están dentro de nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales y demás proveedores que usted usa?
  - Consulte la **Sección C** para obtener información sobre nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
  - ¿Cuáles son los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- **Pregúntese si está conforme con nuestro plan.**

**Si decide seguir en UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP):**

Si desea seguir con nosotros el próximo año, es fácil — no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, seguirá inscrito automáticamente en UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP).

**Si decide cambiar de plan:**

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección E2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o se cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

### C. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red

Se han hecho cambios en nuestras redes de proveedores y farmacias para el año 2025. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2025** para saber si sus proveedores o farmacias están dentro de nuestra red. Encontrará un **Directorio de Proveedores y Farmacias** actualizado en nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**.

### D. Cambios en los beneficios para el próximo año

#### D1. Cambios en los beneficios por servicios médicos

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos cambiará el próximo año. La siguiente tabla describe esos cambios. Para obtener información detallada sobre la cobertura de estos servicios, consulte el **Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos** (qué está cubierto), de su **Evidencia de Cobertura 2025**. Encontrará una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una **Evidencia de Cobertura**.

|                                     | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)   |
|-------------------------------------|---|--|
| <b>Suministros para la diabetes</b> | <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Los medidores de glucosa cubiertos incluyen:<br/>                     OneTouch Verio Flex®,<br/>                     OneTouch Verio Reflect®,<br/>                     OneTouch® Verio,<br/>                     OneTouch®Ultra 2,<br/>                     Accu-Chek® Guide Me y<br/>                     Accu-Chek® Guide.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Los medidores de glucosa cubiertos incluyen:<br/>                     OneTouch Verio Flex®,<br/>                     OneTouch®Ultra 2, Accu-Chek®<br/>                     Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> |

Esta sección continúa en la página siguiente.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

|   | 2024 (este año)   | 2025 (próximo año)  |
|---|---|---|
|   | <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca de suministros que su plan no cubre, debería hablar con su médico para obtener una nueva receta de suministros de una marca que tenga cobertura.</p> | <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca de suministros que su plan no cubre, debería hablar con su médico para obtener una nueva receta de suministros de una marca que tenga cobertura.</p> <p>Usted pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de insulina cubierta de la Parte D.</p> |
| <b>Programa de acondicionamiento físico</b> | <p>Usted tiene acceso a un programa de acondicionamiento físico.</p> <p>Con este beneficio, también puede obtener 1 dispositivo Fitbit® cada 2 años sin costo.</p> <p>Usted debe usar proveedores del programa Renew Active para acceder a este beneficio</p>   | <p>Usted tiene acceso a un programa de acondicionamiento físico.</p> <p>El dispositivo Fitbit® no está cubierto. Los dispositivos que registran sus actividades físicas estarán disponibles a través de un descuento para miembros. Consulte su sitio web para miembros para obtener información detallada.</p> <p>Usted debe usar proveedores del programa Renew Active para acceder a este beneficio.</p>   |



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

|   | 2024 (este año) | 2025 (próximo año)   |
|---|-----------------|--|
| <b>NurseLine</b>                                      | Con cobertura   | <p>NurseLine no tiene cobertura. Su plan ofrece cuidado virtual sin costo.</p> <p>Usted puede hablar con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de audio y video en vivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por visitas virtuales con cualquier proveedor de la red que ofrezca cuidado virtual</li> <li>• \$0 por visitas virtuales con Amwell, incluido el cuidado de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana</li> </ul> <p>Acceda a cuidado virtual a través de la aplicación UnitedHealthcare o <b>MyUHC.com/CommunityPlan.</b></p> |
| <b>Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias</b> | Con cobertura   | Sin cobertura  |
| <b>Servicios de apoyo a domicilio</b>                 | Con cobertura   | Sin cobertura  |



**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan.**

|   | 2024 (este año)  | 2025 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <p><b>Crédito para alimentos, facturas de servicios públicos, productos de venta sin receta (OTC) y dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño - Modelo de Diseño de Seguros Basados en Valores (VBID)</b></p> | <p>\$290 de crédito por mes que se cargan a su UCard® de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos selectos de seguridad para el domicilio y el baño, alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos.</p> <p>Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos solamente están disponibles para los miembros que califican.</p> <p>Su crédito vence al final de cada mes.</p> | <p>\$303 de crédito por mes que se cargan a su UCard® de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos selectos de seguridad para el domicilio y el baño, alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos.</p> <p>Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos solamente están disponibles para los miembros que califican.</p> <p>Su crédito vence al final de cada mes.</p> <p>Use su UCard en Internet o en tiendas para acceder a sus beneficios.</p> <p>Para obtener más información, consulte su <b>Evidencia de Cobertura</b>.</p> |

## D2. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos

Encontrará una **Lista de Medicamentos Cubiertos** actualizada en nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener información actualizada de los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una **Lista de Medicamentos Cubiertos**.

Hicimos cambios en nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos**, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, o cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Revise la “Lista de Medicamentos” para **asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año** y para saber si hay alguna restricción.

La mayoría de los cambios en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** entran en vigencia al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare o el estado que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos** en Internet al menos mensualmente para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará a un medicamento que usted está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que:

- Consulte a su médico (o a otro profesional que receta) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
  - Puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para pedir una **Lista de Medicamentos Cubiertos** que tratan la misma enfermedad.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.
- Consulte a su médico (u otro profesional que receta) y solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento.
  - Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que le receta).
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** o llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
  - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su **Evidencia de Cobertura** si desea más información sobre cómo comunicarse con su Administrador del Cuidado de la Salud.

A partir de 2025, podremos quitar inmediatamente medicamentos de marca o productos biológicos originales de nuestra Lista de Medicamentos si los reemplazamos por nuevos medicamentos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original con las mismas reglas o menos. Además, al agregar una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de Medicamentos, pero agregar nuevas reglas inmediatamente.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un medicamento de marca o un producto biológico que será reemplazado por una versión genérica o biosimilar, es posible que usted no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga un suministro de un mes de su medicamento de marca o producto biológico en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca o el producto biológico en el momento en que hacemos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hicimos, pero es posible que le llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 12** de su **Evidencia de Cobertura**. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos: [fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients). También puede comunicarse con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página o pedirle más información a su proveedor de cuidado de la salud, profesional que receta o farmacéutico.

---

## E. Cómo elegir un plan

---

### E1. Cómo seguir en nuestro plan

---

Esperamos que siga siendo miembro del plan. Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si **no** se cambia a otro plan de Medicare o no se cambia a Medicare Original, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el año 2025.

### E2. Cómo cambiar de plan

---

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene NJ FamilyCare, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de Inscripción Anual**, que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del próximo mes.

Podría haber otras situaciones en las que usted cumpla los requisitos para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://MyUHC.com/CommunityPlan).

- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio,
- Sus requisitos de participación en NJ FamilyCare o el programa Ayuda Adicional cambian, o
- Se mudó recientemente o actualmente recibe cuidado en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo). Si recientemente se mudó de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

**Sus servicios de Medicare**

Tiene cuatro opciones para recibir sus servicios de Medicare, que se indican a continuación, en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertos momentos del año, incluido el **Período de Inscripción Anual** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección F2**. Al elegir una de estas opciones, usted cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.

**1. Puede cambiarse a:**

**Otro plan que proporcione su cobertura de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (eligible special needs plan, D-SNP)**

**Debe hacer lo siguiente:**

Llame a Medicare 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**.

Para consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al **1-855-921-PACE (7223)**.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al **1-800-792-8820 (TTY: 711)**. El sitio web del programa se puede encontrar en **[nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/](http://nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/)**. Para obtener más información o para buscar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud en su área, visite **[nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/](http://nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/)**.

**O**

Esta sección continúa en la página siguiente.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[MyUHC.com/CommunityPlan](http://MyUHC.com/CommunityPlan)**.

|   |  |
|---|--|
|   | <p>Inscríbase en un nuevo plan integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble, o hágalo a través de un agente de seguros contratado por ese plan.</p> <p>Cuando comience la cobertura de su nuevo plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.</p> <p>Su cobertura de NJ FamilyCare también cambiará al nuevo plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble, y usted estará cubierto a través de ese nuevo plan.</p>  |
| <p><b>2. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</b></p> | <p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al <b>1-800-792-8820 (TTY: 711)</b>. El sitio web del programa se puede encontrar en <b><a href="http://nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/">nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/</a></b>. Para obtener más información o para buscar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud en su área, visite <b><a href="http://nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/">nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/</a></b>.</li> </ul> <p><b>O</b></p> <p>Inscríbase en otro plan de medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.</p> |

Esta sección continúa en la página siguiente.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[MyUHC.com/CommunityPlan](http://MyUHC.com/CommunityPlan)**.

|   |   |
|---|---|
|   | <p>Su inscripción en NJ FamilyCare cambiará automáticamente a nuestro plan NJ FamilyCare, UnitedHealthcare Community Plan. Si desea cambiarse a un plan NJ FamilyCare diferente, llame a NJ FamilyCare al <b>1-800-701-0710</b> (TTY: <b>711</b>).</p>  |
| <p><b>3. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita o no cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al <b>1-800-792-8820</b> (TTY: <b>711</b>). El sitio web del programa se puede encontrar en <b><a href="http://nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/">nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/</a></b>.</p> | <p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al <b>1-800-792-8820</b> (TTY: <b>711</b>). El sitio web del programa se puede encontrar en <b><a href="http://nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/">nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/</a></b>.</li> </ul> <p>Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.</p> <p>Su inscripción en NJ FamilyCare (Medicaid) cambiará automáticamente a nuestro plan NJ FamilyCare, UnitedHealthcare Community Plan. Si desea cambiarse a un plan NJ FamilyCare diferente, llame a NJ FamilyCare al <b>1-800-701-0710</b> (TTY: <b>711</b>).</p> |

Esta sección continúa en la página siguiente.



**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[MyUHC.com/CommunityPlan](http://MyUHC.com/CommunityPlan)**.

**4. Puede cambiarse a:**

**Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertos momentos del año, incluido el **Período de Inscripción Anual** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la Sección A.

**Debe hacer lo siguiente:**

Llame a Medicare 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 necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al **1-800-792-8820** (TTY: **711**). El sitio web del programa se puede encontrar en **[nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/](http://nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/)**.

**O**

Inscríbase en un nuevo plan de salud de Medicare.

Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.

Su inscripción en NJ FamilyCare cambiará automáticamente a nuestro plan NJ FamilyCare, UnitedHealthcare Community Plan. Si desea cambiarse a un plan NJ FamilyCare diferente, llame a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710** (TTY: **711**).

**Sus servicios de NJ FamilyCare**

Si tiene preguntas sobre cómo recibir sus servicios de NJ FamilyCare después de dejar nuestro plan, comuníquese con NJ FamilyCare al **1-800-701-0710** (TTY: **711**). Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan a la cobertura que obtiene de NJ FamilyCare.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[MyUHC.com/CommunityPlan](http://MyUHC.com/CommunityPlan)**.

---

## F. Cómo recibir ayuda

---

### F1. Nuestro plan

---

Estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta. Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página durante los días y el horario de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.

#### Lea su Evidencia de Cobertura

Su **Evidencia de Cobertura** es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene información detallada sobre los beneficios para 2025. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta que cubrimos.

En nuestro sitio web, **MyUHC.com/CommunityPlan**, encontrará una copia actualizada de la **Evidencia de Cobertura**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo una **Evidencia de Cobertura** para 2025.

#### Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores y farmacias (**Directorio de Proveedores y Farmacias**) y de nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)**.

### F2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

---

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud. En New Jersey, este programa se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). Este programa puede ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. No tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Este programa cuenta con asesores capacitados en cada condado, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es el **1-800-792-8820** (TTY: **711**). Para obtener más información o para buscar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud en su área, visite **[nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/](http://nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/)**.

### F3. Oficina del Ombudsman de Seguros

---

El Programa del Ombudsman (también llamado Ombudsperson) puede ayudarle si tiene un problema con nuestro plan. Los servicios del ombudsman son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa del Ombudsman:

- Trabaja como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer.

Esta sección continúa en la página siguiente.

---



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- No tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. El número de teléfono del Programa del Ombudsman es el **1-800-446-7467** (TTY: **711**).

---

#### F4. Medicare

---

Para obtener información directamente de parte de Medicare, llame 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**.

##### Sitio Web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://es.medicare.gov)). Si decide cancelar la inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes. Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web del programa para encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área. (Para obtener información sobre los planes, visite [es.medicare.gov](https://es.medicare.gov) y haga clic en “Buscar planes”.)

##### Manual Medicare y Usted 2025

Puede leer el manual **Medicare y Usted 2025**. 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. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](https://medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o 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**.

---

#### F5. NJ FamilyCare

---

Usted está inscrito tanto en Medicare como en Medicaid. En New Jersey, el programa de Medicaid también se llama **NJ FamilyCare**. Si tiene preguntas sobre su cobertura de NJ FamilyCare, llame a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Humanos de NJ al **1-800-701-0710** (TTY: **711**).



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, 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. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://MyUHC.com/CommunityPlan).

# Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP)

 **MyUHC.com/CommunityPlan**



**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 en otros 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



Escriba a **P.O. Box 30769**

**Salt Lake City, UT 84130-0769**