



Guía de Inscripción 2025

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, Warren

**United
Healthcare®
Dual Complete**

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



Simplifique su día con beneficios pensados para usarse

Su UCard®, exclusiva de UnitedHealthcare, es mucho más que solo su tarjeta de ID de miembro. Le da acceso a una amplia red de proveedores de Medicare Advantage, que incluye médicos y especialistas. Además, úsela para pagar productos de venta sin receta y alimentos saludables, y para comprar productos aprobados de marcas que usted conoce, como Walmart, Walgreens y muchas más con sus recompensas ganadas. Acceda a su UCard e información de salud con la aplicación UnitedHealthcare que es fácil de usar y está calificada como la número 1 en seguros de salud. Desde elegir su plan y usar su plan, hasta disfrutar de toda su vida por delante, UnitedHealthcare lo hace más fácil que nunca.



Reciba más por su dinero de Medicare

Reciba cuidado confiable con gastos de su bolsillo bajos. Usted tiene grandes y pequeños planes por delante, así que siéntase seguro al manejar toda su salud con la cobertura de UnitedHealthcare Dual Complete.



Orientación de expertos para hoy y a medida que sus necesidades cambien

Cuento con nosotros cuando nos necesite. 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.¹ Nuestros representantes y navegadores 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.

¹Un Especialista en Planes de Medicare es un agente o 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.



Aproveche un plan especialmente diseñado

Este plan es para los beneficiarios de Medicare con 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 **UHC.com/CommunityPlan** 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 2025. Para obtener información completa, 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 |
|-------------------|---|

| | |
|-----------------------|---------------|
| Servicios preventivos | \$0 de copago |
|-----------------------|---------------|

| | |
|--|---|
| Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados | \$0 de copago por cada estadía (sin límite de días) |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Centro de enfermería especializada (SNF) | \$0 de copago por cada estadía (sin límite de días) |
|--|---|

| | |
|--|---------------|
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía | \$0 de copago |
|--|---------------|

Beneficios médicos

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

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

| | |
|---|---------------|
| Acupuntura | \$0 de copago |
| Servicios Quiroprácticos | \$0 de copago |
| Servicios dentales | \$0 de copago |
| Equipo Médico Duradero (DME) | \$0 de copago |
| Servicios y Suministros para la Planificación Familiar | \$0 de copago |
| Centros de Cuidado de la Salud que han sido Aprobados a Nivel Federal (FQHC) | \$0 de copago |

| | |
|---|---|
| Programa de acondicionamiento físico | \$0 de copago, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, clases de acondicionamiento físico por Internet y actividades para la memoria. |
| Servicios para la audición — exámenes de audición y aparatos auditivos | \$0 de copago |
| Programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS) | \$0 de copago |
| Beneficio de comidas | \$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) |
| Cuidado Médico Diurno | \$0 de copago |
| Servicios de una Enfermera Partera | \$0 de copago |
| Centro de Enfermería (cuidado a largo plazo/cuidado de custodia) | \$0 de copago |
| Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos | \$303 de crédito cada mes para comprar productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) que tienen cobertura. Los miembros que califiquen también pueden usar este crédito para comprar alimentos saludables cubiertos o pagar ciertas facturas de servicios públicos. |
| Servicios de un Asistente para el Cuidado Personal | \$0 de copago |
| Podiatría — de rutina | \$0 de copago |
| Servicios de Enfermería Privada | \$0 de copago |
| Transporte — de rutina | \$0 de copago |
| Servicios para el Cuidado de la Vista | \$0 de copago |

Buenas noticias para el año 2025

Se ha eliminado la Etapa Sin Cobertura, o el "Intervalo de la Cobertura", y el máximo de gastos de su bolsillo es menor que nunca. Eso significa que usted tendrá más cobertura contra los altos costos de medicamentos en el año 2025.

| Medicamentos con receta | |
|---|--|
| Cobertura Inicial | Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista de la red |
| Genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos) | \$0 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) |

Medicamentos con receta

Todos los demás medicamentos¹

\$0 de copago

(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)

¹ Usted pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D.



El derecho de participación en 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 limita a los miembros con el programa Ayuda Adicional de Medicare, y se verificará después de la inscripción.

² Las ofertas de recompensas de Medicare Advantage pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Al participar en el programa o acceder a los fondos de recompensa, usted acepta las Condiciones de Servicio del Programa de Recompensas que se encuentran a la derecha de la página en myuhcmedicare.com/rewards. Los miembros deben participar entre enero y diciembre para ganar todas las recompensas disponibles. Las recompensas deben ganarse e informarse durante los plazos especificados por el plan. Los plazos están disponibles en myuhcmedicare.com/rewards. Las recompensas solo pueden ser usadas por miembros de planes Medicare Advantage de UnitedHealthcare para artículos aprobados en comercios participantes y según las leyes vigentes de Medicare. Los fondos de recompensa no se pueden canjear por efectivo, excepto según lo exigido por la ley. Sin acceso a cajeros automáticos. Las recompensas no se pueden usar para comprar artículos o servicios cubiertos por Medicare, incluidos los gastos de su bolsillo para servicios médicos o medicamentos con receta, ni para comprar alcohol, tabaco o armas de fuego. Las recompensas vencen 1 mes después de que termine su plan Medicare Advantage. Esto no le afecta a usted mientras esté inscrito en su plan actual o si se cambia a otro plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare.

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 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_2025_SP_M H3113005000

CSNJ25HM0239345_001

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) | 9 |
| C. | Descripción general de los servicios | 13 |
| D. | Servicios adicionales que cubre UHC Dual Complete® NJ-Y001 | 28 |
| E. | Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete® NJ-Y001..... | 29 |
| F. | Servicios que no cubre UHC Dual Complete® NJ-Y001 (exclusiones) | 29 |
| G. | Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan | 30 |
| H. | Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado | 33 |
| I. | Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude..... | 34 |

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 MyUHC.com/CommunityPlan.

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 2025 al 31 de diciembre de 2025. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Evidencia de Cobertura** en Internet en [MyUHC.com/CommunityPlan](#).

- 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 cualquier persona que tenga Medicare y 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 depends on contract renewal. This plan is available to anyone who has both Medicare and full NJ FamilyCare benefits.
- Los beneficios de apoyo a domicilio tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o revise su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

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. Se le inscribirá automáticamente en la cobertura del NJ FamilyCare de nuestro plan y se cancelará su 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.
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.

When joining this plan:

1. You must use in-network providers, DME (Durable Medical Equipment) suppliers, and pharmacies.
2. 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 Medicaidcovered services, items, and medications will then be covered under our plan, and you must get them from in-network providers.
3. 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.
4. You must understand and follow our plan's rules on referrals.

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 [MyUHC.com/CommunityPlan](#).

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 MyUHC.com/CommunityPlan, o puede llamar a Servicio al Cliente al número gratuito **1-800-514-4911 (TTY 711)** para solicitar una copia.

- 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.
- 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 la UCard® de UnitedHealthcare de su plan de salud, **TTY 711**, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Llame a Servicio al Cliente y pida que se anote en nuestro sistema que desea recibir los materiales del plan en español, letra grande, braille o audio a partir de ahora. Esto se llama “orden permanente”. También puede realizar cambios en su orden permanente en cualquier momento si llama a Servicio al Cliente.
- 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 de la Parte B están cubiertas por Medicaid 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 sea necesario.
- Optum® Home Delivery Pharmacy y Optum Rx son compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Home Delivery Pharmacy para los medicamentos que toma con regularidad. Si no ha usado Optum Home Delivery Pharmacy, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a la farmacia antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con receta de la farmacia deberían llegarle en un plazo no mayor de 5 días hábiles después de que recibamos el pedido completo. Es posible que haya otras farmacias en nuestra red.

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 MyUHC.com/CommunityPlan.

- La participación en el programa de acondicionamiento físico 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 de acondicionamiento físico 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, las actividades y los eventos pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, actividades, 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. La red de gimnasios puede variar en el mercado local y el plan.
- Los requisitos de participación para los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y copago por medicamentos con receta de \$0 según el modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor se limitan a los miembros con el programa Ayuda Adicional y se verificarán después de la inscripción.

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 esta guía, puede acceder a ella en Internet en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov) o llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para solicitar una copia. 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 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
- **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 Unidos.

- **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-notices>.

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，请使用您的会员身份证件上或手册封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 serbisyong 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 khoẻ 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。

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes.

| Preguntas frecuentes | Respuestas |
|--|--|
| ¿Qué es un Plan Altamente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (HIDE SNP)? | <p>Un Plan Altamente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (HIDE SNP) de New Jersey es una opción de cuidado de la salud administrado para miembros de NJ FamilyCare con Medicare. Este plan cubre todos sus beneficios de Medicare, de NJ FamilyCare y de medicamentos con receta, incluida la Parte D de Medicare, así como beneficios adicionales, en un solo plan de salud, con una sola UCard® de UnitedHealthcare 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 Altamente 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 Altamente 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 7 de este documento.</p> |
| ¿En UHC Dual Complete® NJ-Y001, recibiré los mismos beneficios de Medicare y de NJ FamilyCare que recibo ahora? (continúa en la página siguiente) | <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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| Preguntas frecuentes | Respuestas |
|---|---|
| ¿En UHC Dual Complete® NJ-Y001, recibiré los mismos beneficios de Medicare y de NJ FamilyCare que recibo ahora? (continuación) | 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 médicaamente necesario. |
| ¿Puedo usar los mismos proveedores de cuidado de la salud que uso ahora? | <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"> • 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. • 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. <p>Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente al número que aparece al pie de esta página o lea el Directorio de Proveedores y Farmacias de UHC Dual Complete® NJ-Y001. También puede visitar nuestro sitio web en MyUHC.com/CommunityPlan 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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| Preguntas frecuentes | Respuestas |
|--|---|
| ¿Qué es un Administrador del Cuidado de la Salud? | 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. |
| ¿Qué es el programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS)? | 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. |
| ¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Complete® NJ-Y001 puede prestarlo? | 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. |
| ¿Dónde está disponible UHC Dual Complete® NJ-Y001? | 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. |

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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| Preguntas frecuentes | Respuestas |
|---|--|
| ¿Qué es una preautorización? | <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 Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura para saber qué servicios requieren una preautorización.</p> |
| ¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete® NJ-Y001? | <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> |
| ¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Complete® NJ-Y001? | No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Complete® NJ-Y001. |
| ¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete® NJ-Y001? | 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. |

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 MyUHC.com/CommunityPlan.

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.

| 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) |
|---|--|--|---|
| Usted necesita cuidado hospitalario | 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. |
| Usted desea usar un proveedor de cuidado de la salud (continúa en la página siguiente) | 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 un Especialista. |
| | 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 | |

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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|--|--|--|---|
| Usted desea usar un proveedor de cuidado de la salud (continuación) | Visitas de bienestar, como un examen médico | \$0 | |
| | Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo por única vez) | \$0 | |
| Usted necesita cuidado de emergencia | 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 están 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 están 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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|--|--|--|---|
| Usted necesita exámenes médicos | 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. |
| Usted necesita servicios para la audición | 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. |
| Usted necesita cuidado dental | 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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|--|---|---|---|
| Usted necesita cuidado de la vista | 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 problemas del ojo) | \$0 | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. |
| Usted tiene una enfermedad mental (continúa en la página siguiente) | 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. |

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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|---|---|---|--|
| Usted tiene una enfermedad mental (continuación) | <p>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)</p> <p>(Nota: 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 Evidencia de Cobertura.)</p> | \$0 | <p>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.</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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|---|--|---|--|
| Usted tiene un trastorno por consumo de sustancias | <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>(Nota: 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 Evidencia de Cobertura.)</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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|---|--|--|---|
| Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle | 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. |
| Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente | Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla | \$0 | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. |
| Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud | 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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|---|---|---|--|
| Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o estado (continúa en la página siguiente) | 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) | \$0 | Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la Evidencia de Cobertura . Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para ciertos medicamentos. |
| | 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) | \$0 | Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) de UHC Dual Complete® NJ-Y001 en MyUHC.com/CommunityPlan . |

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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|--|--------------------------------------|---|--|
| Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o estado (continuación) | | | <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 Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario), y los materiales impresos, así como en el Buscador de Planes de Medicamentos con Receta de Medicare en es.medicare.gov/plan-compare.</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 1-800-514-4911, TTY 711, o visite MyUHC.com/CommunityPlan, o lea la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).</p> <p>Para obtener información detallada, comuníquese con 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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|--|---|--|---|
| Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o estado (continuación) | 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. |
| Usted necesita cuidado de los pies | 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. |
| Usted necesita equipo médico duradero (DME) o suministros | Por ejemplo, sillas de ruedas, nebulizadores, muletas, andadores con soporte para rodilla, andadores y equipos de oxígeno y suministros (Nota: 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 Evidencia de Cobertura.) | \$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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|--|--------------------------------------|---|---|
| Usted necesita servicios de interpretación | Intérprete de idiomas hablados | \$0 | |
| | Intérprete de lenguaje de señas | \$0 | |
| Otros servicios cubiertos (continúa en la página siguiente) | 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® 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. |
| | | | Usted pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de insulina cubierta de la Parte D. |
| | | | 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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|---|--|--|--|
| Otros servicios cubiertos (continuación) | 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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|---|---|---|--|
| Otros servicios cubiertos (continuación) | 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. |
| | 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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|---|---|--|---|
| Otros servicios cubiertos (continuación) | 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 ayudarle a manejar su enfermedad | \$0 | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Para obtener más información, lea la Evidencia de Cobertura . |
| | Visitas virtuales médicas | \$0 | Hable con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de audio y video en vivo. Es posible que las visitas virtuales requieran un teléfono inteligente u otro dispositivo habilitado para video. No se deben usar en emergencias. No todos los proveedores de la red ofrecen cuidado virtual. |

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 MyUHC.com/CommunityPlan.

| 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) |
|---|--------------------------------------|---|---|
| Otros servicios cubiertos (continuación) | 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. Es posible que las visitas virtuales requieran un teléfono inteligente u otro dispositivo habilitado para video. No se deben usar en emergencias. No todos los proveedores de la red ofrecen cuidado virtual. |

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 MyUHC.com/CommunityPlan.

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**.

| Servicios adicionales que cubre UHC Dual Complete® NJ-Y001 | Sus costos |
|--|------------|
| Programa de Acondicionamiento Físico Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su hogar o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: <ul style="list-style-type: none">• Membresía gratuita a un gimnasio• Acceso a una gran red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios• Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet• Actividades para ejercitarse la memoria por Internet | \$0 |
| Crédito para productos de venta sin receta (OTC), alimentos y facturas de servicios públicos — \$303 de crédito cada mes para pagar productos de venta sin receta, alimentos saludables y facturas de servicios públicos. Elija entre miles de productos de venta sin receta, como artículos de primeros auxilios, analgésicos y mucho más. Compre alimentos saludables como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua. Pague facturas de servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet. Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General y Kroger, o las tiendas de su comunidad que le queden cerca. Los miembros que califican también pueden usar este crédito para comprar alimentos saludables cubiertos o pagar ciertas facturas de servicios públicos. | \$0 |
| 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) | \$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 MyUHC.com/CommunityPlan.

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.

| Otros servicios cubiertos directamente por Medicaid de tarifa por servicio | Sus costos |
|--|------------|
| 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 |

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 médicaamente necesario |
| Procedimientos para mejoras electivas o voluntarias |
| Cirugía estética u otro procedimiento estético, a menos que se cumplan los criterios requeridos |
| Cirugía LASIK |

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 MyUHC.com/CommunityPlan.

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 enfermedad, no pueden negarle el tratamiento médicaamente 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, en audio) sin cargo
 - 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

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 MyUHC.com/CommunityPlan.

- **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 durante el 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
- **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 usar 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 preprobación
 - Usar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario

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 MyUHC.com/CommunityPlan.

- **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 Audiencia Imparcial Estatal
 - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

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 de Cuidado de la Salud u otra persona apropiada sobre el uso de los servicios de un especialista antes de visitar un hospital (excepto en casos de emergencia)
 - Avisarle a su proveedor de cuidado primario, Administrador de 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

(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 MyUHC.com/CommunityPlan.

- **Usted tiene la responsabilidad de tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a 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 UCard® de UnitedHealthcare de UHC Dual Complete® NJ-Y001 para obtener servicios para el cuidado de la salud
 - Notificar a UHC Dual Complete® NJ-Y001 cuando usted crea que alguien usó indebidamente 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 una apelación de 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 CA120-0360
Cypress, CA 90630-0023

(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 MyUHC.com/CommunityPlan.

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

UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department
PO Box 6103
MS CA120-0368
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 MyUHC.com/CommunityPlan.

Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o la UCard® de UnitedHealthcare, 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 tiene 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 necesita cuidado de la salud del comportamiento inmediato, 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. UHC Dual Complete NJ-Y001 también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

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

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.

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



Para solicitar ayuda, 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 requisitos de participación.

Medicare Explicado

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



MedicareExplicado.com

Antes de inscribirse

Asegúrese de que este plan sea el adecuado para usted. Es importante que entienda cómo funciona el plan y qué beneficios están cubiertos antes de inscribirse en este plan. Encontrará los documentos del plan en UHC.com/CommunityPlan.



¿Consultó la Lista de Medicamentos (Formulario) en Internet para confirmar la cobertura de sus medicamentos con receta?

Los medicamentos que no están cubiertos por el plan podrían reemplazarse por medicamentos alternativos.



¿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 su farmacia esté en la red?

Si su farmacia no está en la red, 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?

Puede encontrar una lista completa de cobertura, beneficios y reglas del plan en la Evidencia de Cobertura en Internet.

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

Cómo inscribirse

Cuando esté listo para inscribirse, tiene algunas opciones entre las que elegir. Primero, necesitará tener a mano su tarjeta de Medicare, independientemente de la opción que elija.



En internet

Visite UHC.com/CommunityPlan o escanee el código a continuación para inscribirse en Internet. Luego siga estos pasos simples:

- 1 Ingrese su código postal
- 2 Busque el plan UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) y elija el botón “Enroll” (Inscribirse)
- 3 Llene el formulario y presente su solicitud de inscripción

Si necesita ayuda al inscribirse en Internet, elija el botón **“Chat now”** (**Chatear ahora**) para comunicarse con uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia.



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 programar una cita con un agente en su área.

Si ya tiene un agente, el agente puede revisar este plan con usted para asegurarse de que satisface sus necesidades antes de ayudarle a inscribirse.



Inscríbase en Internet o por teléfono para que la experiencia le resulte más fácil. O puede llenar la solicitud de inscripción y enviárnosla. Si no hay una solicitud de inscripción en esta guía, llame al número anterior para solicitar una.

Escanee este código
para inscribirse
en Internet



¿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 web para miembros. Y nuestra UCard® de UnitedHealthcare hace que ahora sea más fácil descubrir más de su plan Medicare Advantage.



Usted está aquí
Inscripción
enviada



Descargue la
aplicación o cree su
cuenta 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 Medicare o ID de miembro y dirección de correo electrónico para crear una cuenta en la aplicación o en MyUHC.com/CommunityPlan. En Internet, usted puede:

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

Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Reciba un suministro de 3 meses de sus medicamentos con receta a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio
- Revise los saldos de crédito de la UCard de UnitedHealthcare

Gracias por elegir a UnitedHealthcare

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

Escanee este código para
descargar la aplicación
UnitedHealthcare



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"/> Planes independientes 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:

| Firma del beneficiario/representante autorizado | Fecha de hoy |
|---|--------------|
| _____ | 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-punto de servicio (HMO-POS) 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 enfermedades 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 2025

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

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 () - |

Doy mi consentimiento para que UnitedHealthcare o sus compañías afiliadas me llamen al número de teléfono que he proporcionado utilizando un sistema de marcación automática o voz pregrabada.

N.º del Seguro Social (obligatorio para las personas que se inscriben en planes D-SNP [que tienen elegibilidad doble]): _____

N.º de Medicare

Dirección de residencia permanente (**No ingrese una casilla de correo. Nota: En el caso de personas sin hogar, una casilla de correo podría considerarse su dirección de residencia permanente**)

| | | | |
|--------|---------|--------|---------------|
| 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 _____

Y0066_ERFMA_2025_C SP

UHNJ25HM0221837_001

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 ____/____/____/____/____/____/____/____

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?

Si prefiere recibir información del plan en otro idioma o en un formato accesible, elija una opción: Inglés Braille Letra grande CD de audio CD de datos 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 **UHC.com/CommunityPlan** para obtener ayuda por Internet.

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

Y0066_ERFMA_2025_C SP

UHNJ25HM0221837_001

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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| Asiático: | |
| <input type="checkbox"/> Indoasiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Miembro/Ciudadano de una Tribu reconocida por el gobierno federal o estatal
(nombre de la Tribu)_____

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

Nombre del miembro _____

Nombre/N.^o de ID del agente _____

Y0066_ERFMA_2025_C SP

UHNJ25HM0221837_001

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:

- 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.

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

Y0066_ERFMA_2025_C SP

UHNJ25HM0221837_001

- 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.
- 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.

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 _____

Y0066_ERFMA_2025_C SP

UHNJ25HM0221837_001

Para las Personas que ayudan al miembro a llenar este formulario únicamente

Llene esta sección si usted es una persona (es decir, agentes de seguros, asesores del programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], familiares u otros terceros) que ayuda a un miembro a llenar este formulario.

| | |
|--------|--|
| Nombre | Relación con el miembro |
| Firma | Número de Proveedor Nacional (agentes/agentes de seguros únicamente) |

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 | ID de sucursal |
|----------------------------|----------------|

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, envíela por correo o 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_2025_C SP

UHNJ25HM0221837_001

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: 6/30/2026

Y0066_ERFMA_2025_C SP

UHNJ25HM0221837_001

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.

Recibo de inscripción 2025

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.

Solicitante 1:

Nombre

Fecha de la solicitud

- - -

Solicitante 2 (si corresponde):

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

RxBIN: 610097

Rx PCN: 9999

RxGRP: MPDACUNJ

N.º de teléfono del Representante

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.



Información importante: Calificación 2025 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



UnitedHealthcare - H3113

En el año 2025, UnitedHealthcare - H3113 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas: ★ ★ ★ 1 3.5 estrellas

Calificación de los Servicios de Salud: ★ ★ ★ 1 3.5 estrellas

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★ ★ ★ 1 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:

- | | | |
|---|-------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan | ★ ★ ★ | PROMEDIO |
| <input type="checkbox"/> El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan | ★ ★ | DEBAJO DEL PROMEDIO |
| <input type="checkbox"/> La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan | ★ | DEFICIENTE |
| <input type="checkbox"/> Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan | | |

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

★ ★ ★ ★ ★ EXCELENTE

★ ★ ★ ★ SUPERIOR AL
PROMEDIO

★ ★ ★ PROMEDIO

★ ★ DEBAJO DEL
PROMEDIO

★ DEFICIENTE

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

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.

¿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).

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. La compañía cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye, ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales como los rasgos intersexuales, embarazo o condiciones similares, orientación sexual, identidad de género y estereotipos sexuales.

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

- **Correo electrónico:** UHC_Civil_Rights@uhc.com
- **Por correo postal:** Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del 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

Proporcionamos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidense calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)

Ofrecemos también servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro o en el frente del folleto (TTY **711**).

Este aviso está disponible en

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

Servicios de interpretación en diferentes 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 serbisyong 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 khoẻ 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。

Notas y apuntes

¿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:

- Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active®



Entrega a domicilio de medicamentos con receta

Optum® Home Delivery Pharmacy
1-877-889-6358
MyUHC.com/CommunityPlan



Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos

Solutran
1-833-853-8587
MyUHC.com/CommunityPlan



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

 Descargue la aplicación UnitedHealthcare

 UHC.com/CommunityPlan

 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

Información importante del plan

Y0066_EGCov_2025_C SP

Escanee este
código para
descargar la
aplicación
UnitedHealthcare



UHNJ25HM0217012_005