



Guía de Inscripción 2026

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

Independientemente de lo que suceda en el futuro, UnitedHealthcare ofrece cobertura de Medicare en la que puede confiar durante toda su vida

Usted tiene planes. Nosotros también. Los planes de Medicare de UnitedHealthcare ofrecen una cobertura confiable diseñada para apoyar su salud dondequiera que la vida lo lleve. Nuestra amplia red nacional de proveedores incluye médicos y especialistas de todo el país, y 9 de cada 10 miembros de Medicare pueden seguir consultando a los médicos que conocen y en los que confían. Una manera más en la que estamos aquí para apoyar su salud — en todo momento.

Después de todo, es posible que no siempre sepa qué sucederá después, pero puede contar con UnitedHealthcare para que esté a su disposición desde el momento en que elige su plan hasta los momentos más importantes.

Sepa por qué 4 de cada 5 miembros volverían a elegir UnitedHealthcare para su cobertura de Medicare

“Realmente agradezco toda la ayuda que recibí de UnitedHealthcare. UnitedHealthcare es la compañía que mejor se adapta a mis necesidades”.

— **Karen K., Miembro de UnitedHealthcare Medicare Advantage**

“Se necesita una compañía de seguros sólida que brinde respaldo y cubra lo que haya que cubrir, y UnitedHealthcare lo hace”.

— **Mary M., Miembro de UnitedHealthcare Complete Care**

Respuestas de los miembros de Medicare según la encuesta Human8, mayo de 2025.



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.



Algunos servicios requieren una referencia de su médico. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios.



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



Este plan incluye Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), que les permiten a los miembros que cumplen los requisitos—cuya enfermedad es verificada por su proveedor—utilizar créditos del plan para pagar alimentos saludables y servicios públicos, junto con artículos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y otros productos de apoyo para el bienestar.

Visite **UHC.com/CommunityPlan** para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante 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 2026. 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 del plan

Visita al consultorio médico

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

Especialista	\$0 de copago (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) (la estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare)	\$0 de copago por cada estadía (sin límite de días)
--	---

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

Beneficios del plan

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

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	\$0 de copago
Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	\$0 de copago

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 y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

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	\$246 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

Medicamentos con receta

Deducible \$0

Medicamentos con receta

Cobertura de medicamentos

Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista o en farmacia de pedidos por correo de la red

Todos los medicamentos cubiertos¹

\$0 de copago
(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)

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

**Escanee este código para
ver su Resumen de
Beneficios**





El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades crónicas que califican que no aparecen aquí.

^QLas 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 myuhcmembers.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 myuhcmembers.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_2026_SP_M H3113005000

CSNJ26HM0336146_000



Resumen de Beneficios 2026

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

Consulte esta guía para obtener más información sobre el plan y los servicios médicos y los medicamentos con receta que tienen cobertura. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



[MyUHC.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/communityplan)



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

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

United
Healthcare®
Dual Complete

Introducción

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

Índice

A.	Exenciones de responsabilidad	3
B.	Preguntas frecuentes (FAQ)	6
C.	Descripción general de los servicios	10
D.	Servicios adicionales que cubre UHC Dual Complete NJ-Y001.....	21
E.	Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete NJ-Y001	22
F.	Servicios que no cubre UHC Dual Complete NJ-Y001 (exclusiones)	22
G.	Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan	23
H.	Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado.....	26
I.	Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude.....	26

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 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 2026 al 31 de diciembre de 2026. 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 toda persona que tenga Medicare y los beneficios completos de NJ FamilyCare.
- UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) is a Highly Integrated Dual Eligible Special Needs Plan (HIDE SNP) with a Medicare contract and a contract with the NJ FamilyCare program. Enrollment in UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) depends on contract renewal. This plan is available to anyone who has both Medicare and full NJ FamilyCare benefits.
- Los beneficios de apoyo a domicilio son servicios de apoyo a domicilio cubiertos, como relevo del cuidador, cuidado no especializado a domicilio y servicios para el control del peso.
- Puede usar sus créditos para productos de venta sin receta para recibir servicios de apoyo a domicilio. Con este beneficio, usted recibirá un crédito que se cargará a su UCard cada mes para comprar artículos de venta sin receta cubiertos. Los créditos no utilizados vencen al final de cada mes.

Al inscribirse en este plan:

1. Debe usar los proveedores, los distribuidores de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) y las farmacias dentro de la red.
2. Usted será inscrito automáticamente en la cobertura de NJ FamilyCare conforme a nuestro plan, y se cancelará la inscripción en cualquier plan de NJ FamilyCare en el que esté inscrito actualmente. Todos sus servicios, artículos y medicamentos cubiertos por Medicaid pasarán a estar cubiertos por nuestro plan, y usted debe recibirlos de proveedores dentro de la red.
3. Usted será inscrito automáticamente en la cobertura de la Parte D de nuestro plan, y se cancelará automáticamente la inscripción en cualquier otro plan de la Parte D de Medicare o cobertura acreditable en la que esté inscrito actualmente.
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 Medicaid-covered services, items, and medications will then be covered under our plan, and you must get them from in-network providers.

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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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.

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, 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 del día, 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". Usted también puede hacer cambios en su orden permanente en cualquier momento con solo llamar a Servicio al Cliente.
- Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.
- 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.
- Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Para obtener más información, llame al número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura.

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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- 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 surtir 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. Las compañías afiliadas Optum Home Delivery Pharmacy y Optum Rx no están disponibles en Arkansas, Guam, American Samoa, las U.S. Virgin Islands ni las Northern Mariana Islands.
- 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 externos está sujeta a su aceptación de sus respectivas condiciones y normas. 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.
- El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta, colesterol alto, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí.

Usted puede leer el manual **Medicare Y Usted**. Esta guía 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) 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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes (frequently asked questions, FAQ).

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p>¿Qué es un Plan Altamente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (HIDE SNP)?</p>	<p>Un Plan Altamente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Highly Integrated Dual Eligible Special Needs Plan, HIDE SNP) de New Jersey es una opción de cuidado de la salud administrado para miembros de Medicare, NJ FamilyCare (Medicaid). Este plan cubre todos sus beneficios de Medicare, de NJ FamilyCare y de medicamentos, 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. 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 (Managed Long Term Services and Supports, 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 Sección B (página 8) de este documento.</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 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?	<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> <p>Cuando se inscriba en UHC Dual Complete NJ-Y001, usted y su Equipo de Cuidado de la Salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado individualizado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales. Si está tomando medicamentos de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete NJ-Y001 normalmente no cubre, usted puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UHC Dual Complete NJ-Y001 cubra su medicamento si es médicamente necesario.</p>
¿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 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.
¿Qué es una preautorización? (continúa en la página siguiente)	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.

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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una preautorización? (continuación)	Consulte el Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura si desea 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.
¿Qué es una referencia?	<p>Una referencia significa que su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) debe darle su aprobación para que usted pueda usar especialistas u otros proveedores dentro de la red del plan. Si usted no obtiene aprobación, es posible que UHC Dual Complete NJ-Y001 no cubra los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer.</p> <p>UHC Dual Complete NJ-Y001 puede proporcionarle una lista de los servicios que requieren que usted obtenga una referencia de su proveedor de cuidado primario antes de que se preste el servicio. Para obtener más información sobre cuándo se necesita una referencia, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página o consulte el Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura.</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 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 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. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	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. Es posible que se requiera una referencia.
	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que 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)	Cuidado preventivo (cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, contra la COVID-19, entre otras)	\$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	\$0	
	Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo por única vez)	\$0	
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 y no es necesario que esté 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 y no es necesario que esté dentro de la red. Los servicios para el cuidado de la salud 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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que 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	Análisis 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.
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 condiciones del ojo)	\$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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que 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 de salud mental	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	<p>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.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>
Usted necesita servicios de salud mental	<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.</p> <p>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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan.**

Problema o necesidad de salud	Servicios que 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.
Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle	Cuidado de enfermería especializada	\$0	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Su proveedor tendrá que obtener una preautorización para los servicios.</p>
	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.

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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan.**

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
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.
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa en la página siguiente)	Medicamentos 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 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 (Lista de Medicamentos) de UHC Dual Complete NJ-Y001 en MyUHC.com/CommunityPlan . UHC Dual Complete NJ-Y001 puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para esa enfermedad. Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.

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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<p>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)</p>			<p>Su proveedor debe obtener una preautorización de UHC Dual Complete NJ-Y001 para ciertos medicamentos.</p> <p>Usted debe usar ciertas farmacias para surtir un número muy limitado de medicamentos con determinados requisitos (de manejo especial, coordinación de proveedores o educación del paciente) que la mayoría de las farmacias dentro de su red no pueden cumplir. Estos medicamentos se encuentran en el sitio web del plan, la Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos), 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, TY 711, o visite MyUHC.com/CommunityPlan, o lea la Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos).</p> <p>Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.</p>
	<p>Medicamentos sin receta (OTC)</p>	<p>\$0</p>	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos) 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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que 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 afección (continuación)	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 del Equipo Médico Duradero o los 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.
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.

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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan.**

Problema o necesidad de salud	Servicios que 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)	Suministros para la diabetes	\$0	<p>Solo cubrimos las marcas Contour® y Accu-Chek®. Su plan no cubre otras marcas.</p> <p>Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, Accu-Chek Guide Me y Accu-Chek Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus. El plan no cubre otras marcas.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios.</p>
	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	

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 más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Problema o necesidad de salud	Servicios que 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)	Mamografías	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios.
	Programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS) (que incluye, entre otros, servicios en vivienda asistida; fisioterapia, terapia cognitiva, terapia ocupacional y terapia del habla; servicios de ayuda para tareas domésticas; programa de entrega de comida a domicilio; modificaciones en el lugar de residencia [como la instalación de rampas o barras de sujeción]; modificaciones de vehículos; cuidado diurno social para adultos; y transporte que no tiene razones médicas)	\$0	El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados presta servicios a los miembros que necesitan el nivel de cuidado prestado normalmente en un Centro de Enfermería y permite que reciban el cuidado que necesitan en un lugar residencial o comunitario. El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados está disponible para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos.
	Cuidado médico diurno (que incluye servicios preventivos, terapéuticos, de diagnóstico y de rehabilitación, bajo supervisión médica y de enfermería, en un centro de cuidado ambulatorio)	\$0	El cuidado médico diurno se proporciona para satisfacer las necesidades de las personas que tienen limitaciones físicas o deterioros cognitivos a fin de apoyar su vida en la comunidad.
	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.

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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que 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)	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 .

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 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 en un gimnasio • Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios • Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet • Actividades en Internet para ejercitar la memoria 	\$0
Crédito para productos de venta sin receta (OTC) y alimentos — \$246 de crédito ca da mes para pagar productos de venta sin receta y alimentos saludables para los miembros que califican <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca • Su crédito vence al final de cada mes 	\$0
Beneficio de Comidas — 28 comidas entregadas a su domicilio (2 comidas por cada día por 14 días) 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 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 médicamente 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 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 médicamente necesario. Usted puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la **Evidencia de Cobertura**.

Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
 - Recibir los servicios cubiertos independientemente de su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, credo, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), edad, estado de salud, discapacidad física, mental o sensorial, orientación sexual, información genética, capacidad de pago o dominio del inglés. Ningún proveedor de cuidado de la salud debería involucrarse en ninguna práctica, con respecto a ningún miembro, que constituya discriminación ilegal conforme a cualquier ley o norma federal o estatal.
 - Pedir y obtener información en otros formatos (por ejemplo, en letra grande, braille, 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
- **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 (PCP) y cambiarle en cualquier momento durante el año. Si desea cambiar de proveedor de cuidado primario, puede llamar al **1-800-514-4911**.

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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- 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 preaprobación
 - Usar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
 - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
 - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal No se divulgará ninguna información de salud personal a nadie sin su consentimiento, a menos que lo exija la ley.
 - Tener privacidad durante su tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
 - Acceder a un proceso sencillo para expresar sus inquietudes y contar con que UHC Dual Complete NJ-Y001 realice el seguimiento correspondiente

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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan.**

- 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 del Cuidado de la Salud u otra persona apropiada sobre el uso de los servicios de un especialista antes de visitar un hospital (excepto en casos de emergencia)
 - Avisarle a su proveedor de cuidado primario, Administrador del Cuidado de la Salud u otra persona apropiada de cualquier emergencia o tratamiento fuera de la red en un plazo no mayor de 24 horas
 - Notificar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NJ-Y001 si hay algún cambio en su información personal, como su dirección o número de teléfono
- **Usted tiene la responsabilidad de tomar decisiones sobre su cuidado, incluso 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 e intencionalmente los beneficios o servicios de UHC Dual Complete NJ-Y001

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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan.**

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

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.
- También puede comunicarse con la División de Fraude de Medicaid de New Jersey (de la oficina del Contralor del Estado) al teléfono **1-609-292-1272**. 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 más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia en otros idiomas y formatos alternativos

ATTENTION: Free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Call us at 1-800-514-4911; TTY: 711.

ملاحظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية (Arabic)، ستتوفر لك

خدمات المساعدة اللغوية والمراسلات بتنسيقات أخرى، مثل

الطباعة بأحرف كبيرة. اتصل بالرقم 1-800-514-4911; TTY: 711.

মনোযোগ দেবেন: আপনি যদি **বাংলায় (Bengali)** কথা বলেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি এবং বড় মুদ্রণের মতো অন্যান্য ফরম্যাটগুলিতে বিনামূল্যে যোগাযোগ, আপনার জন্য উপলব্ধ। আমাদের 1-800-514-4911; TTY: 711 নম্বরে কল করুন।

請注意: 如果您說**中文 (Chinese)**, 可以獲得免費語言協助服務和大字體等其他格式的免費通訊。請致電

1-800-514-4911; TTY: 711。

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી (**Gujarati**) બોલતા હો તો વિના મૂલ્યે ભાષાકીય મદદરૂપ સેવાઓ અને અન્ય ફોર્મેટમાં વિના મૂલ્યે સંચાર, જેમ કે મોટી પ્રિન્ટ, તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. અમને 1-800-514-4911 પર કોલ કરો; TTY: 711.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)**, gen sèvis lang gratis ak kominikasyon nan lòt fòm lo disponib, tankou sa ki enprime ak gwo lèt. Rele nou nan 1-800-514-4911; TTY: 711.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त भाषा सहायता सेवाएँ और अन्य प्रारूपों में मुफ्त संचार, जैसे कि बड़े प्रिंट, उपलब्ध हैं। हमें 1-800-514-4911 पर कॉल करें; TTY: 711.

ATTENZIONE: Se parla **italiano (Italian)**, può usufruire di servizi di assistenza linguistica gratuiti e comunicazioni gratuite in altri formati, come ad esempio la stampa a caratteri grandi. Ci chiami al numero 1-800-514-4911; TTY: 711.

알림 사항: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스와 대형 활자체 등 다른 형식으로 된 의사 소통 매체를 이용하실 수 있습니다. 1-800-514-4911; TTY: 711 번으로 전화해 주십시오.

UWAGA: Dla osób mówiących po **polsku (Polish)** dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej i komunikaty w innych formatach, takich jak duży druk. Zadzwoń pod numer 1-800-514-4911; TTY: 711.

ATENÇÃO: se você fala **português (Portuguese)**, tem à sua disposição serviços gratuitos de assistência linguística e comunicações gratuitas em outros formatos, como caracteres grandes. Ligue para o 1-800-514-4911; TTY: 711.

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на **русском языке (Russian)**, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки и бесплатные материалы в других форматах, например напечатанные крупным шрифтом. Звоните 1-800-514-4911; TTY: 711.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas y comunicaciones en otros formatos como letra grande, sin cargo, a su disposición. Llámenos al 1-800-514-4911; TTY: 711.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika at libreng komunikasyon sa ibang mga format, tulad ng malalaking print. Tumawag sa 1-800-514-4911; TTY: 711.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо ви розмовляєте **українською (Ukrainian)**, ви можете безоплатно користуватися послугами мовної підтримки, а також безоплатно отримувати інформаційні матеріали в інших форматах, як-от набрані великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-514-4911; лінія TTY: 711.

LƯU Ý: Nếu quý vị nói **Tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và các phương tiện trao đổi liên lạc miễn phí ở các định dạng khác, chẳng hạn như bản in chữ lớn. Gọi số 1-800-514-4911; TTY: 711.

UHEX26HM0279513_001

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 en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

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

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](https://www.uhc.com/caregiving).

Medicare Explicado

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



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

Antes de inscribirse

Es importante que entienda este Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Special Needs Plan, D-SNP) y qué beneficios están cubiertos. Puede encontrar la Lista de Medicamentos, los directorios de Proveedores y Farmacias, la Evidencia de Cobertura y mucho más en UHC.com/CommunityPlan.



¿Están cubiertos sus medicamentos? Consulte la Lista de Medicamentos (Formulario) para asegurarse.

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



¿Están sus proveedores dentro de la red?

Si sus proveedores no están dentro de la red, tendrá que elegir un nuevo proveedor de la red.



¿Su farmacia está dentro de la red?

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



¿Revisó el Resumen de Beneficios?

Estos son solo algunos de los beneficios cubiertos por el plan. 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 si:



Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original



Recibe los beneficios completos de Medicaid del estado



Vive en el área de servicio del plan

Cómo inscribirse

Cuando esté listo para inscribirse, puede elegir entre varias opciones. 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 simples pasos:

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

Si necesita ayuda al inscribirse en Internet, elija el botón “**Chat now**” (Conversar 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 satisfaga sus necesidades antes de ayudarlo a inscribirse.



Inscríbase en Internet o por teléfono para que la experiencia le resulte más fácil. O envíenos una Solicitud de Inscripción Llenada. Si usted tiene una enfermedad que califica, llene el Formulario de Verificación de Beneficios Adicionales para usar su crédito para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) para pagar alimentos saludables y servicios públicos.

Escanee este código
para inscribirse
en Internet



¿Qué puede esperar después de inscribirse?

Una vez que sea miembro, puede confiar en que UnitedHealthcare le apoyará en todo momento. 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 que nunca abrir las puertas a todo lo que su plan Medicare Advantage tiene para ofrecer.



Usted está aquí
Inscripción enviada



Descargue la aplicación o cree su cuenta en Internet



Su UCard llega por correo postal – 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:

- Consultar el estado de su inscripción
- Buscar proveedores de la red y farmacias de la red y ver documentos del plan, como su Lista de Medicamentos (Formulario) y Evidencia de Cobertura
- Responder su evaluación de salud

Use su UCard cuando

- Visite a un proveedor o surta una receta
- Pague productos de venta sin receta y más – incluso alimentos saludables y servicios públicos si califica. (Verificaremos con su médico su enfermedad que califica y le enviaremos una carta con los próximos pasos)
- Gaste sus recompensas ganadas
- Se registre en el gimnasio

Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Programe su visita anual de cuidado preventivo a domicilio con el programa HouseCalls de Optum®. Visite UHCHouseCalls.com si desea más información
- Revise los saldos de la UCard

Gracias por elegir a UnitedHealthcare

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

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

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.

Formulario de Verificación de Beneficios Adicionales

Para recibir su beneficio de alimentos saludables y servicios públicos, debemos verificar sus enfermedades que califican. Después de llenar este formulario, devuélvalo junto con la solicitud de inscripción de su plan. **No** le lleve este formulario a su médico tratante.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ **ID de Medicare:** _____

Enfermedades que califican

Marque las enfermedades que usted tiene:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2) | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca crónica | <input type="checkbox"/> Miastenia grave/Trastornos mioneurales y síndrome de Guillain-Barré/Neuropatía inflamatoria y tóxica |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión crónica (presión arterial alta crónica) | <input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia crónica (colesterol alto crónico) | <input type="checkbox"/> Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico |
| <input type="checkbox"/> Trastornos autoinmunitarios | <input type="checkbox"/> Cuidado posterior al trasplante de órganos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Trastornos hematológicos graves |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUDs) | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD) | <input type="checkbox"/> Enfermedades con dificultades funcionales y que requieren servicios similares, que incluyen lesiones en la médula espinal, parálisis, pérdida de extremidades, derrame cerebral y artritis |
| <input type="checkbox"/> Trastornos pulmonares crónicos | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental crónicos y discapacitantes | |
| <input type="checkbox"/> Demencia | |

Información sobre el médico tratante

Nombre completo

N.º de teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de fax

Dirección de correo electrónico

Número de Identificador Nacional de Proveedor (NPI) (de 10 a 12 dígitos sin guiones)

Si usted no tiene toda esta información, puede llenar el nombre completo y el número de Identificador Nacional de Proveedor de su médico tratante (exactamente como se encuentra en el Directorio de Proveedores o en Internet).

¿Ha consultado a este proveedor en los últimos 2 años? Sí No

Autorización para divulgar información

Al llenar este documento, usted autoriza la divulgación o el uso de información de salud individualmente identificable, según se establece a continuación, de acuerdo con las leyes federales.

Entiendo y acepto que:

- Esta autorización es voluntaria;
- Mi información de salud puede contener información creada por otras personas o entidades, incluidos los proveedores de cuidado de la salud, y también puede contener información médica, dental, de farmacia, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH/SIDA, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud;
- No me pueden denegar el tratamiento, el pago de servicios para el cuidado de la salud, ni la inscripción o los requisitos de participación para recibir beneficios de cuidado de la salud si no firmo este formulario;
- Una vez que se haya compartido mi información de salud, la persona u organización que la recibe puede volver a compartirla. Si el receptor no es un plan de salud ni un proveedor de cuidado de la salud, la información ya no podrá estar protegida por las leyes federales de privacidad; y
- Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que firme la autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación a UnitedHealthcare por escrito; sin embargo, la revocación no afectará a ninguna acción realizada antes de la fecha en que se reciba y procese mi revocación.

Quién puede recibir y divulgar mi información:

Autorizo a las subsidiarias de UnitedHealth Group y a sus compañías afiliadas a recibir o divulgar mi información de salud individualmente identificable entre sí.

Tipo de información que se divulgará:

Autorizo la divulgación de toda mi información de salud, incluida la información médica, dental, de farmacia, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH/SIDA, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud.

Finalidad de la divulgación:

Mi información de salud se divulga para verificar que califico para recibir el beneficio de alimentos saludables y servicios públicos o para verificar mi diagnóstico de una enfermedad crónica cubierta.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del testigo (Solo para residentes de Illinois)

Fecha

Tenga en cuenta: Si usted es un tutor o un representante designado por un tribunal, debe llenar los campos de la siguiente página y adjuntar una copia de su autorización legal para representar al miembro.

Tutor o Representante:

Nombre	N.º de teléfono	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Firma del tutor o representante		Fecha

Solo para residentes de California y Georgia: Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si así lo solicito, y que puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.



Solicitud de Inscripción 2026

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)

Apellido	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 () -	

Puede mantenerse al día con su plan y su salud con llamadas oportunas y útiles.

Marque esta casilla para autorizar la recepción de llamadas mediante marcación automática/ tecnología de voz artificial o pregrabada. Puede cambiar su preferencia en cualquier momento.

N.º del Seguro Social (requerido para las personas que se inscriben en planes D-SNP

[con 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

Recibirá cierta información del plan, como su Explicación de Beneficios y Aviso Anual de Cambios, por vía electrónica (más rápido que por correo postal). Cuando los nuevos documentos estén listos para revisarlos en Internet, le avisaremos por correo electrónico.

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

Y0066_EFMA_2026_C SP

CSNJ26HM0322428_000

Marque aquí si prefiere recibir copias impresas por correo postal. Puede cambiar su preferencia de entrega en cualquier momento.

¿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 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 adeude), 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 __/__/__/__/__/__/__/__/__/__

* Los miembros inscritos en el programa de Transferencia Electrónica de Fondos deben aceptar las siguientes condiciones: Mi banco puede pagar a UnitedHealthcare Insurance Company los nuevos cargos desde mi cuenta bancaria, que pueden incluir hasta \$200.00 de los cargos

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

retroactivos actuales más la prima mensual. Si decido dejar de realizar pagos mediante Transferencia Electrónica de Fondos, comunicaré esta decisión tanto a UHC como a mi banco. Entiendo que podría llevar de 1 a 2 meses procesar el cambio.

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

1. ¿Qué idioma o formato accesible prefiere para recibir información del plan en el futuro?

- Inglés Español
- 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 recibir ayuda por Internet. **Si no elige ninguna opción, recibirá la información del plan en inglés.**

2. ¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? Sí No

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

3. ¿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 del Seguro 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 _____

4. 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

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

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 beneficios de medicamentos con receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare y contenidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” de UnitedHealthcare (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez – y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA Privados de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), MA de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare).
- Divulgación de información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea necesario para administrar mi plan de salud.
- 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

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

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	

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

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <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 de EGHP) |
| <input type="checkbox"/> SEP (enfermedad 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 postal o fax a:

UnitedHealthcare
P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769
Fax: 1-888-950-1169

Envíe por fax la parte de adelante y de atrás de cada hoja

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.

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 12/31/2026

Y0066_EFMA_2026_C SP

CSNJ26HM0322428_000

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 2026

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

Use este recibo como comprobante temporal de cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su UCard®. Este 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 solicitud

Fecha de vigencia propuesta

Nombre del plan

Tipo de plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

Solicitante 2 (si corresponde):

Nombre

Fecha de solicitud

Fecha de vigencia propuesta

Nombre del plan

Tipo de plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

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

Nombre y n.º de ID del Representante

N.º de teléfono del Representante

RxBIN: 610097

RxPCN: 9999

RxGRP: MPDACUNJ

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

Recordatorio importante - No necesita tener un plan de Medigap ni un plan de seguro complementario 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 2026 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



UnitedHealthcare - H3113

En el año 2026, UnitedHealthcare - H3113 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas: ★ ★ ★ ↓ 3.5 estrellas

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

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★ ★ ★ ★ 4 estrellas

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

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

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

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

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

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

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

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

★ ★ ★ ★ ★ EXCELENTE

★ ★ ★ ★ SUPERIOR AL PROMEDIO

★ ★ ★ PROMEDIO

★ ★ DEBAJO DEL PROMEDIO

★ DEFICIENTE

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en Internet

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

¿Preguntas sobre este plan?

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

Notificación de no discriminación

Nuestras compañías cumplen con las leyes de derechos civiles aplicables y no discriminan por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Puede solicitar intérpretes y/o comunicaciones en otros idiomas o formatos, como letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar un reclamo al coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130
UHC_Civil_Rights@uhc.com

Optum Civil Rights Coordinator
1 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344
Optum_Civil_Rights@Optum.com

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

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://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**

Teléfono: **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)

Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de reclamos están disponibles en:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso está disponible en: **<https://www.uhc.com/nondiscrimination-med>**
<https://www.optum.com/en/language-assistance-nondiscrimination.html>

¿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



Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar

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



UnitedHealthcare tiene más de 45 años de experiencia en prestar servicios a sus miembros. Usted puede contar con UnitedHealthcare para que esté a su disposición en todo momento.

Haga clic. Llame. Conéctese.



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

Escanee este código para descargar la aplicación UnitedHealthcare



Información importante del plan

Y0066_EGCov_2026_C SP

CSNJ26HM0316074_002