



Aviso Anual de Cambios 2024

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



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

De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



es.myuhc.com/CommunityPlan

¿Tenemos su dirección correcta?

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

United
Healthcare®

Conozca las novedades de su plan para el próximo año

Este aviso describe las novedades de su plan, pero no incluye toda la información detallada. En todo este aviso, se le dirigirá a es.myuhc.com/communityplan para revisar la información detallada en Internet. Todos los documentos que se indican a continuación estarán disponibles en Internet para el **15 de octubre de 2023**.

Directorio de Proveedores y Directorio de Farmacias.

Revise el Directorio de Proveedores y el Directorio de Farmacias 2024 en Internet para asegurarse de que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) y farmacias estén dentro de la red el próximo año.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)

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

Evidencia de Cobertura (EOC)

Revise su Evidencia de Cobertura 2024 para obtener información detallada sobre los beneficios del plan. La Evidencia de Cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. También tiene información sobre el programa de calidad, sobre cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sobre sus derechos y responsabilidades como miembro.

¿Preferiría obtener copias impresas?

Si desea una copia impresa de los documentos indicados anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al **1-866-480-1086** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

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

Visite es.myuhc.com/communityplan a fin de inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

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

Aviso Anual de Cambios para el Año 2024

Introducción



Actualmente, usted está inscrito como miembro de nuestro plan.

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

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español. Puede obtener este **Aviso Anual de Cambios** sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame al número gratuito **1-800-514-4911 TTY 711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
- Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al **1-800-514-4911**. Una persona que habla español puede ayudarle. Este servicio es gratuito.
- Para solicitar documentos en su idioma preferido que no sea inglés o en un formato alternativo, nuestros miembros pueden comunicarse con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. La información de los miembros se anotará como una solicitud permanente para futuras correspondencias y comunicaciones, de manera que los miembros no tengan que presentar una solicitud por separado cada vez.
- Para cambiar una solicitud permanente sobre un idioma o formato preferido, los miembros pueden comunicarse con Servicio al Cliente para pedir que se actualice su preferencia para futuras comunicaciones.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911, TTY 711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Índice

A.	Exenciones de responsabilidad	5
B.	Revise su cobertura de Medicare y de NJ FamilyCare (Medicaid) para el próximo año....	5
	B1. Información sobre UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP).....	6
	B2. Cosas importantes que debe hacer	6
C.	Cambios en el nombre de nuestro plan	7
D.	Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red	7
E.	Cambios en los beneficios para el próximo año.....	8
	E1. Cambios en los beneficios por servicios médicos.....	8
	E2. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta	9
F.	Cómo elegir un plan	9
	F1. Cómo seguir en nuestro plan	9
	F2. Cómo cambiar de plan.....	10
G.	Cómo recibir ayuda	15
	G1. Nuestro plan.....	15
	G2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)	15
	G3. Oficina del Ombudsman de Seguros.....	15
	G4. Medicare.....	16
	G5. NJ FamilyCare (Medicaid).....	16



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

A. Exenciones de responsabilidad

- UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) es un Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan, FIDE SNP). El plan tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa New Jersey Medicaid. La inscripción en UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Este plan está disponible para toda persona que tenga Medicare y reciba los beneficios completos de New Jersey Medicaid.
- Los miembros deben usar los proveedores, las farmacias y los distribuidores de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) de la red del plan. Los miembros serán inscritos automáticamente en la cobertura de Medicaid (NJ FamilyCare) conforme a nuestro plan, y se cancelará la inscripción en cualquier plan de Medicaid (NJ FamilyCare) en el que estén inscritos 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. Los miembros serán inscritos en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare del plan, y se cancelará automáticamente su inscripción en cualquier otra cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare o de Medicare Advantage.
- Members must use network plan providers, pharmacies, DME (Durable Medical Equipment) suppliers. Members will be enrolled automatically into Medicaid (NJ FamilyCare) coverage under our plan, and disenrolled from any Medicaid (NJ FamilyCare) plan they 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. Members will be enrolled into Medicare Part D prescription drug coverage under the plan and will be automatically disenrolled from any other Medicare Advantage or Medicare Part D prescription drug coverage.
- La compañía no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

B. Revise su cobertura de Medicare y de NJ FamilyCare (Medicaid) para el próximo año

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

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

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

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

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección F2**.
- Servicios de NJ FamilyCare en la **Sección F2**

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

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

B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Compruebe si hay algún cambio en nuestros beneficios que le afecte.**
 - ¿Los servicios que usted usa se ven afectados por algún cambio?
 - Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Compruebe si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos con receta que le afecte.**
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura? ¿Usted podrá usar las mismas farmacias?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Compruebe que sus proveedores y farmacias estén dentro de nuestra red el próximo año.**
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están dentro de nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales y demás proveedores que usted usa?

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

- Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cuáles son los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- **Pregúntese si está conforme con nuestro plan.**

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

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

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección F2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o se cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO D-SNP) a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP).

Le enviaremos por correo una nueva tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare. Si tiene preguntas o si su tarjeta de ID de miembro del plan de UnitedHealthcare se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al **1-800-514-4911** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y le enviaremos una nueva.

Verá reflejado el nuevo nombre del plan en futuras comunicaciones en las que se haga referencia a este.

D. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red

Se han hecho cambios en nuestras redes de proveedores y farmacias para el año 2024. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2024** para saber si sus proveedores o farmacias están dentro de nuestra red. Encontrará un **Directorio de Proveedores y Farmacias** actualizado en nuestro sitio web en es.myuhc.com/communityplan. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

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



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

E. Cambios en los beneficios para el próximo año

E1. Cambios en los beneficios por servicios médicos

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos cambiará el próximo año. La siguiente tabla describe esos cambios. Para obtener información detallada sobre la cobertura de estos servicios, consulte el **Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos** (qué cubre el plan), en su **Evidencia de Cobertura 2024**. Encontrará una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en es.myuhc.com/communityplan. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una **Evidencia de Cobertura**.

	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el baño y el hogar, y facturas de servicios públicos	<p>\$300 de crédito por mes que se cargan a su UCard® de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta cubiertos, alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos. Su crédito vence al final de cada mes.</p> <p>Los dispositivos de seguridad para el baño y el hogar no tienen cobertura.</p>	<p>\$290 de crédito por mes que se cargan a su UCard® de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos selectos de seguridad para el baño y el hogar, alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos. Su crédito vence al final de cada mes.</p> <p>Use su UCard en Internet o en tiendas para acceder a sus beneficios. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta

Cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”

Encontrará una **Lista de Medicamentos Cubiertos** actualizada en nuestro sitio web en **es.myuhc.com/communityplan**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener información actualizada de los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Hicimos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

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

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

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

F. Cómo elegir un plan

F1. Cómo seguir en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si **no** se cambia a otro plan de Medicare o no se cambia a Medicare Original, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el año 2024.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

F2. Cómo cambiar de plan

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene NJ FamilyCare, es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente por única vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de Inscripción Especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres períodos de Inscripción Especial, usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

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

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

- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio,
- Sus requisitos de participación en NJ FamilyCare o el programa Ayuda Adicional cambian, o
- Si usted recientemente se ha mudado a un centro de enfermería o a un hospital de cuidado a largo plazo, actualmente esté recibiendo cuidado en uno de estos lugares o recién haya salido de uno de ellos.

Sus servicios de Medicare

Tiene cuatro opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted termina automáticamente su membresía en nuestro plan.

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Otro plan de salud de Medicare</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-792-8820 (TTY: 711). El sitio web del programa se puede encontrar en state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/. Para obtener más información o para buscar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud en su área, visite state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.</p> <p>Su inscripción en NJ FamilyCare (Medicaid) cambiará automáticamente a nuestro plan NJ FamilyCare, UnitedHealthcare Community Plan. Si desea cambiarse a un plan NJ FamilyCare diferente, llame a NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 (TTY: 711).</p>
--	---

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

2. Puede cambiarse a:**Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare****Esto es lo que debe hacer:**

Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si necesita ayuda o más información:

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

O

Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.

Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.

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

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

3. Puede cambiarse a:**Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare**

NOTA: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse.

Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita o no cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al **1-800-792-8820** (TTY: **711**).

El sitio web del programa se puede encontrar en **state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/**.

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si necesita ayuda o más información:

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

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

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

4. Puede cambiarse a:

Un Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (FIDE SNP) diferente

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si necesita ayuda o más información:

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

O

Para ello, llame directamente al nuevo Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble, o hágalo a través de un agente de seguros contratado por ese plan.

Cuando comience la cobertura de su nuevo plan totalmente integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente. Su cobertura de NJ FamilyCare (Medicaid) también cambiará al nuevo Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble, y usted estará cubierto a través de ese nuevo plan.

Sus servicios de NJ FamilyCare

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



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

G. Cómo recibir ayuda

G1. Nuestro plan

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

Lea su Evidencia de Cobertura

Su **Evidencia de Cobertura** es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene información detallada sobre los beneficios para 2024. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta que cubrimos.

En nuestro sitio web, es.myuhc.com/communityplan, encontrará una copia actualizada de la **Evidencia de Cobertura**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo una **Evidencia de Cobertura** para 2024.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en es.UHCCCommunityPlan.com. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores y farmacias (**Directorio de Proveedores y Farmacias**) y de nuestra “Lista de Medicamentos” (**Lista de Medicamentos Cubiertos**).

G2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

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

G3. Oficina del Ombudsman de Seguros

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

- Trabaja como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer.
- Se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.

Esta sección continúa en la página siguiente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

- No tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. El número de teléfono del Programa del Ombudsman es el **1-800-446-7467** (TTY: **711**).

G4. Medicare

Para obtener información directamente de parte de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sitio Web de Medicare

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

Manual Medicare y Usted 2024

Puede leer el manual **Medicare y Usted 2024**. Este manual se envía por correo cada otoño a los beneficiarios de Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (medicare.gov/Pubs/pdf/10050-s-medicare-and-you.pdf) o por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

G5. NJ FamilyCare (Medicaid)

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



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios de Interpretación en Varios Idiomas

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

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

Chinese Mandarin: 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用您的会员身份证上的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

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

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numero sa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyong ito ay libre.

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

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng thành viên của bạn. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

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

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

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

Arabic: لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

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

Portuguese: Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

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

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

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

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



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

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

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas.

De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



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

Salt Lake City, UT 84130-0769



es.myuhc.com/CommunityPlan