



Evidencia de Cobertura 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

United
Healthcare®

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura

Su Cobertura de Salud y de Medicamentos de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP)

Introducción a la Evidencia de Cobertura

Esta **Evidencia de Cobertura**, conocida también como **Guía para Miembros**, describe su cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios para el cuidado de la salud, incluidos los servicios para la salud del comportamiento (tratamiento de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos con receta y el programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (Managed Long-Term Services and Supports, MLTSS). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de su **Evidencia de Cobertura**.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro(s)”, “nuestra(s)” o “nuestro plan” en esta **Evidencia de Cobertura**, se refieren a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP).

Este documento está disponible sin costo en español.

This document is available for free in Spanish. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al **1-800-514-4911** para obtener información adicional. (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.

Para obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita.

Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-800-514-4911**. Alguien que habla su idioma puede ayudarle. Este servicio es gratuito.

We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at **1-800-514-4911**. Someone that speaks your language can help you. This is a free service.

我們提供免費口譯服務，能回答您對我們的健保或配藥計劃的任何疑問。欲申請口譯員，歡迎致電與我們聯絡，電話 **1-800-514-4911**。會有說中文的人員為您提供協助。這是免費服務。

Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang tanong na mayroon kayo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-800-514-4911**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Libre ang serbisyonang ito.

Pour que vous puissiez avoir des réponses à vos questions relatives à notre régime maladie ou médicaments dans votre langue, nous mettons à votre disposition des services d'interprétation. Pour obtenir l'aide d'un ou une interprète, appelez-nous au **1-800-514-4911**. Quelqu'un parlant français peut vous aider. Ceci est un service gratuit.

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà quý vị có thể có về chương trình bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-800-514-4911**. Một người nói tiếng Việt sẽ có thể giúp quý vị. Đây là một dịch vụ miễn phí.

Unsere kostenlosen Dolmetscherdienste beantworten gerne alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan. Für einen Dolmetscher rufen Sie uns einfach an unter der Rufnummer **1-800-514-4911**. Jemand, der Deutsch spricht, wird Ihnen weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

저희는 귀하가 저희의 의료 또는 약품 플랜에 관해 가지고 있을 수 있는 질문에 답변해드리기 위한 무료 통역사 서비스를 보유하고 있습니다. 통역사를 이용하시려면 저희에게 **1-800-514-4911**번으로 전화하십시오. 한국어를 구사하는 사람이 귀하를 도와드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

Мы бесплатно предоставляем услуги устного переводчика, чтобы ответить на любые Ваши вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане покрытия лекарственных препаратов. Чтобы вызвать переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-800-514-4911. Оператор, который говорит по-русски, сможет Вам помочь. Это бесплатная услуга.

نوفر لك خدمات الترجمة الفورية مجانًا للرد على أي تساؤلات قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا على الرقم **1-800-514-4911**. وسيساعدك أحد الأشخاص الذين يتحدثون اللغة العربية. هذه خدمة مجانية.

Offriamo un servizio di interpretariato gratuito in modo di rispondere a qualsiasi domanda Lei possa avere sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per mettersi in contatto con un interprete può chiamarci al numero 1-800-514-4911. Una persona che parla italiana la aiuterà. Si tratta di un servizio gratuito.

Oferecemos serviços de intérprete gratuitos para responder a todas as perguntas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para obter um intérprete, deve contactar-nos através do número **1-800-514-4911**. Uma pessoa que fale português pode ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Nou gen sèvis entèprèt ki gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan **1-800-514-4911**. Yon moun ki pale kreyòl kapab ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub planu na leki. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer **1-800-514-4911**. Pomocy udzieli osoba mówiąca po polsku. Ta usługa jest bezpłatna.

हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें इस नंबर पर कॉल करें **1-800-514-4911** हिंदी भाषी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

医療・医薬品プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳が必要な場合は、1-800-514-4911 にお電話ください。日本語を話せる人がお手伝いします。このサービスは無料です。

Los planes están asegurados 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.

Plans are insured through UnitedHealthcare Insurance Company or one of its affiliated companies, a Medicare Advantage organization with a Medicare contract and a contract with the State Medicaid Program. Enrollment in the plan depends on the plan's contract renewal with Medicare.

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.

Evidencia de Cobertura 2024 Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si usted desea recibir más ayuda para buscar la información que necesita, consulte la primera página de un capítulo.

Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.

Capítulo 1	Información básica para el miembro.....	9
A.	Bienvenido a nuestro plan	12
B.	Información sobre Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid).....	12
C.	Ventajas de nuestro plan.....	13
D.	Área de servicio de nuestro plan	13
E.	Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan.....	14
F.	Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud.....	14
G.	Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado	14
H.	Sus costos mensuales de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP)	15
I.	Su Evidencia de Cobertura.....	15
J.	Otra información importante que le enviamos.....	16
K.	Cómo mantener actualizado su registro de membresía	18
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos importantes	20
A.	Servicio al Cliente.....	22
B.	Su Administrador del Cuidado de la Salud	24
C.	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).....	25
D.	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	26
E.	Medicare.....	27
F.	NJ FamilyCare (Medicaid).....	28
G.	Oficina del Ombudsman de Seguros.....	29
H.	Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado de New Jersey	30
I.	Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta	31
J.	Seguro Social.....	32
K.	Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....	33



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

	L. Seguro de grupo u otro seguro de un empleador	34
Capítulo 3	Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos.....	35
	A. Información sobre servicios y proveedores	38
	B. Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan	38
	C. Su administrador del cuidado de la salud	39
	D. Cuidado de proveedores	40
	E. Programa apoyos y servicios a largo plazo administrados (MLTSS)	45
	F. Servicios para la salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias).....	45
	G. Cómo recibir cuidado autodirigido a través del Programa de Preferencias Personales (PPP)	45
	H. Servicios de transporte.....	47
	I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe	48
	J. Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre	50
	K. Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica.....	51
	L. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe	52
	M. Equipo médico duradero (DME).....	53
Capítulo 4	Tabla de Beneficios.....	56
	A. Sus servicios cubiertos.....	58
	B. Reglas para que los proveedores no le cobren servicios	58
	C. Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan	58
	D. La Tabla de Beneficios de nuestro plan	59
	E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	106
	F. Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni NJ FamilyCare	107
Capítulo 5	Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios ...	109
	A. Cómo surtir sus recetas	113
	B. La “Lista de Medicamentos” de nuestro plan.....	117
	C. Límites en algunos medicamentos.....	120
	D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto.....	121



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

	E.	Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	123
	F.	Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	125
	G.	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos.....	126
Capítulo 6		Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y de NJ FamilyCare (Medicaid).....	130
	A.	La Explicación de Beneficios (EOB).....	133
	B.	Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos.....	133
	C.	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	135
	D.	Vacunas	135
Capítulo 7		Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos.....	137
	A.	Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos	139
	B.	Cómo enviarnos una solicitud de pago	141
	C.	Decisiones de cobertura	142
	D.	Apelaciones	142
Capítulo 8		Sus derechos y responsabilidades	144
	A.	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades.....	146
	B.	Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	147
	C.	Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)	148
	D.	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	149
	E.	Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted	150
	F.	Su derecho a dejar nuestro plan.....	150
	G.	Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud	150
	H.	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	152
	I.	Sus responsabilidades como miembro del plan	153
Capítulo 9		Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	155
	A.	Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud.....	159



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

	B.	Dónde recibir ayuda.....	159
	C.	Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y NJ FamilyCare en nuestro plan	160
	D.	Problemas con sus beneficios	161
	E.	Decisiones de cobertura y apelaciones.....	161
	F.	Cuidado médico	163
	G.	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare	178
	H.	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada	188
	I.	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	194
	J.	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	199
	K.	Cómo presentar una queja	201
Capítulo 10		Cómo terminar su membresía en nuestro plan	206
	A.	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan.....	208
	B.	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	209
	C.	Cómo recibir los servicios de Medicare y de NJ FamilyCare por separado.....	209
	D.	Sus servicios médicos y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan	213
	E.	Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan	213
	F.	Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud	214
	G.	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	214
	H.	Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan	215
Capítulo 11		Avisos legales	216
	A.	Aviso sobre las leyes	218
	B.	Aviso sobre antidiscriminación	218
	C.	Aviso sobre Medicare como segundo pagador y NJ FamilyCare como pagador de último recurso	218
Capítulo 12		Definiciones de palabras importantes.....	220



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

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y de NJ FamilyCare (Medicaid), y sobre su membresía en dicho plan. También le explica qué esperar y qué otra información obtendrá de nuestra parte. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Bienvenido a nuestro plan.....	12
B.	Información sobre Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid).....	12
	B1. Medicare	12
	B2. NJ FamilyCare.....	12
C.	Ventajas de nuestro plan.....	13
D.	Área de servicio de nuestro plan.....	13
E.	Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan	14
F.	Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud.....	14
G.	Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado	14
	G1. Equipo de cuidado de la salud.....	14
	G2. Plan de cuidado.....	15
H.	Sus costos mensuales de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP).....	15
	H1. Prima Mensual de la Parte B de Medicare	15
I.	Su Evidencia de Cobertura.....	15
J.	Otra información importante que le enviamos	16
	J1. Su Tarjeta de ID de Miembro.....	16
	J2. Directorio de Proveedores y Farmacias	16
	J3. Lista de Medicamentos Cubiertos	17
	J4. La Explicación de Beneficios.....	18



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

K.	Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....	18
K1.	Privacidad de la información de salud personal (PHI).....	19



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

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan presta servicios de Medicare y de NJ FamilyCare (Medicaid) a las personas que cumplen los requisitos para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento, así como otros proveedores. También contamos con administradores del cuidado de la salud y equipos de cuidado de la salud para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

B. Información sobre Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid)

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas mayores de 65 años,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. NJ FamilyCare

NJ FamilyCare es el nombre del programa New Jersey Medicaid. NJ FamilyCare es administrado por el estado y lo pagan el estado y el gobierno federal. NJ FamilyCare ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y del programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién cumple los requisitos,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- cuál es el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de New Jersey aprobaron nuestro plan. Usted puede recibir los servicios de Medicare y de NJ FamilyCare a través de nuestro plan siempre y cuando:

- elijamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de New Jersey nos permitan seguir ofreciendo este plan.



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

Aunque nuestro plan deje de operar en el futuro, los requisitos que usted debe cumplir para recibir los servicios de Medicare y de NJ FamilyCare no se verán afectados.

C. **Ventajas de nuestro plan**

Ahora usted recibirá todos sus servicios cubiertos por Medicare y por NJ FamilyCare a través de nuestro plan, incluidos los medicamentos con receta. **No paga nada para inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y de Medicaid funcionen mejor juntos y mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted puede consultarnos por la **mayoría** de sus necesidades de cuidado de la salud.
- Cuenta con un equipo de cuidado de la salud que usted ayuda a formar. Su equipo de cuidado de la salud puede incluirles a usted, su cuidador, médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud.
- Usted tiene acceso a un administrador del cuidado de la salud. Esta persona colaborará con usted, con nuestro plan y con su equipo de cuidado de la salud para ayudar a elaborar un plan de cuidado.
- Usted puede dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo de cuidado de la salud y de su administrador del cuidado de la salud.
- Su equipo de cuidado de la salud y su administrador del cuidado de la salud colaboran con usted para elaborar un plan de cuidado diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de cuidado de la salud ayuda a coordinar los servicios que usted necesite. Por ejemplo, esto significa que su equipo de cuidado de la salud se asegura de que:
 - Sus médicos sepan todos los medicamentos que usted toma para poder verificar que esté tomando los correctos y reducir cualquier efecto secundario que puedan causarle.
 - Los resultados de sus exámenes se compartan con todos sus médicos y demás proveedores, según corresponda.

D. **Área de servicio de nuestro plan**

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de New Jersey: Atlantic, Bergen, Burlington, Camden, Cumberland, Essex, Gloucester, Hudson, Hunterdon, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Salem, Somerset, Sussex, Union, Warren.

Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Usted no puede seguir en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio, consulte el **Capítulo 8** de su **Evidencia de Cobertura**.



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

E. Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan

Usted cumple los requisitos de nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos, **y**
- actualmente cumpla los requisitos de NJ FamilyCare.

Si deja de cumplir los requisitos, pero se puede esperar que vuelva a cumplirlos en un plazo no mayor de seis meses, sigue cumpliendo los requisitos de nuestro plan.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

F. Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos para la salud (health risk assessment, HRA) en un plazo no mayor de 90 días antes o después de la fecha de vigencia de su inscripción.

Debemos realizarle una evaluación de riesgos para la salud, que es la base para desarrollar su plan de cuidado. La evaluación de riesgos para la salud incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, funcionales y de salud del comportamiento.

Nos comunicamos con usted para realizar esta evaluación. Podemos realizarla durante una visita en persona o una llamada telefónica, o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta evaluación de riesgos para la salud.

G. Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado

G1. Equipo de cuidado de la salud

Un equipo de cuidado de la salud puede ayudarle a seguir recibiendo el cuidado que usted necesite. Un equipo de cuidado de la salud puede incluir a su médico, un administrador del cuidado de la salud u otro profesional de salud que usted elija.

Un administrador del cuidado de la salud es una persona capacitada para ayudarle a administrar el cuidado que usted necesite. Cuando usted se inscribe en nuestro plan, se le asigna un administrador del cuidado de la salud. Esta persona también le refiere a otros recursos comunitarios que nuestro plan no puede proporcionarle y colaborará con su equipo de cuidado de la salud para ayudar a coordinar su cuidado. Llámenos a los números que se encuentran al final de la página para obtener más información sobre su administrador del cuidado de la salud y su equipo de cuidado de la salud.



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

G2. Plan de cuidado

Su equipo de cuidado de la salud colabora con usted para elaborar un plan de cuidado. Un plan de cuidado les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo recibirlos, tales como sus servicios médicos, servicios para la salud del comportamiento y Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados, entre otros.

Su plan de cuidado incluye:

- sus metas de cuidado de la salud, y
- un plazo para recibir los servicios que necesita.

Su equipo de cuidado de la salud se reúne con usted después de su evaluación de riesgos para la salud. Le pregunta por los servicios que usted necesita y también le explica los servicios que sería conveniente que considere recibir. Su plan de cuidado se elabora según sus necesidades y metas. Su equipo de cuidado de la salud colabora con usted para actualizar su plan de cuidado al menos cada año.

H. Sus costos mensuales de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP)

Nuestro plan no tiene prima.

H1. Prima Mensual de la Parte B de Medicare

Cuando usted se inscribe en este plan, Medicaid paga la prima de la Parte B de Medicare por usted.

I. Su Evidencia de Cobertura

Su **Evidencia de Cobertura** forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, podría apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Para pedir una **Evidencia de Cobertura**, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede consultar la **Evidencia de Cobertura** que está en nuestro sitio web en la dirección web que se encuentra al final de la página.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.



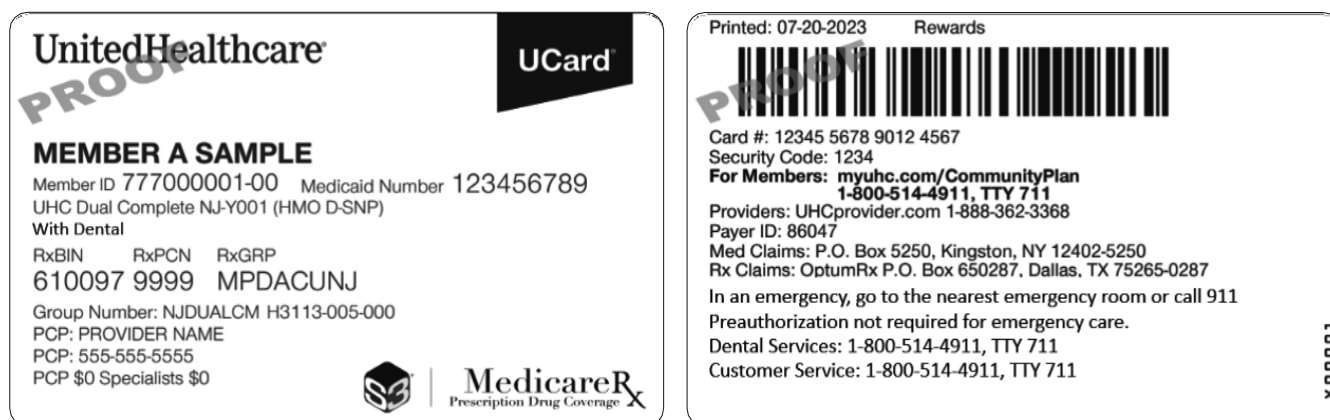
Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) al número gratuito **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

J. Otra información importante que le enviamos

Otra información importante que le proporcionamos incluye su Tarjeta de ID de Miembro, información sobre cómo acceder a un **Directorio de Proveedores y Farmacias**, e información sobre cómo acceder a una **Lista de Medicamentos Cubiertos**, también conocida como **Formulario**.

J1. Su Tarjeta de ID de Miembro

En nuestro plan, usted tiene una tarjeta para recibir sus servicios de Medicare y de NJ FamilyCare, que incluyen Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados, servicios para la salud del comportamiento y medicamentos con receta. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Esta es una Tarjeta de ID de Miembro de muestra:



Si su Tarjeta de ID de Miembro se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de NJ FamilyCare para recibir la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en vez de su Tarjeta de ID de Miembro, es posible que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura** para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica los proveedores y las farmacias dentro de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

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

Para pedir un **Directorio de Proveedores y Farmacias** (una copia impresa o en formato electrónico), puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Las copias impresas del Directorio de Proveedores y Farmacias que usted solicite se le enviarán por correo **en un plazo no mayor de tres días hábiles**. También puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en la dirección web que se encuentra al final de la página.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de nuestra red incluyen:
 - médicos, enfermeras y otros profesionales de cuidado de la salud que usted puede usar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - el programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados, servicios para la salud del comportamiento, agencias de asistencia médica a domicilio, distribuidores de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME), así como otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o de Medicaid.

Los proveedores de la red han convenido aceptar el pago de nuestro plan por servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que han convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para buscar la farmacia de la red que desee usar.
- Excepto en situaciones de emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan pague sus medicamentos.

Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Tanto Servicio al Cliente como nuestro sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”. Indica los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

La “Lista de Medicamentos” también indica si hay alguna regla o restricción en algún medicamento, por ejemplo, un límite en la cantidad que usted puede obtener. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

Cada año, le enviamos la “Lista de Medicamentos”, aunque algunos cambios pueden ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en la dirección que se encuentra al final de la página.



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

J4. La Explicación de Beneficios

Cuando usted usa sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen que le ayuda a comprender y llevar un registro de los pagos realizados por estos medicamentos. Este resumen se llama **Explicación de Beneficios** (Explanation of Benefits, EOB).

La Explicación de Beneficios le indica el total que usted ha gastado, o que otros han gastado en nombre de usted, en sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare y el total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos medicamentos durante el mes. Esta Explicación de Beneficios no es una factura. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. El **Capítulo 6** de su **Evidencia de Cobertura** ofrece más información sobre la Explicación de Beneficios y cómo le ayuda a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Usted también puede pedir una Explicación de Beneficios. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Para mantener actualizado su registro de membresía, avísenos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que nuestros registros tengan datos correctos. Los proveedores y las farmacias de nuestra red también necesitan información correcta sobre usted **porque usan su registro de membresía para saber qué medicamentos y servicios recibe usted.**

Avísenos lo siguiente de inmediato:

- cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, del empleador de su pareja de unión libre o del Seguro de Accidentes Laborales;
- cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito;
- admisión en un centro de enfermería o un hospital;
- cuidado en un hospital o una sala de emergencias;
- cambios de cuidador (u otro responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que esté participando o comience a participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si hay algún cambio en la información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.



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

K1. Privacidad de la información de salud personal (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información de salud personal (personal health information, PHI). Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal. Para obtener más información detallada sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el **Capítulo 8** de su **Evidencia de Cobertura**.



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

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da la información de contacto de recursos importantes que pueden responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de la salud. Usted también puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su administrador del cuidado de la salud y otras personas para que le defiendan en nombre de usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Servicio al Cliente	22
B.	Su Administrador del Cuidado de la Salud.....	24
C.	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).....	25
D.	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	26
E.	Medicare	27
F.	NJ FamilyCare (Medicaid)	28
G.	Oficina del Ombudsman de Seguros.....	29
H.	Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado de New Jersey	30
I.	Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta.....	31
	I1. Programa Ayuda Adicional	31
J.	Seguro Social	32
K.	Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	33
L.	Seguro de grupo u otro seguro de un empleador	34



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

A. Servicio al Cliente

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-514-4911 Esta llamada es gratuita. Disponible 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. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	UnitedHealthcare Customer Service Department PO Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	es.myuhc.com/CommunityPlan

Comuníquese con Servicio al Cliente para recibir ayuda con:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamos o facturación
- decisiones de cobertura sobre el cuidado de su salud
 - Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:
 - sus beneficios y sus servicios cubiertos.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.
- apelaciones sobre el cuidado de su salud
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión sobre su cobertura si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.



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

- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** o comuníquese con Servicio al Cliente.
- quejas sobre el cuidado de su salud
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor dentro o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. Usted también puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió, ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) (consulte la **Sección E, NJ FamilyCare [Medicaid]**).
 - Puede llamarnos y explicar su queja al **1-800-514-4911**.
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y sus medicamentos cubiertos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare y a los medicamentos con receta y sin receta cubiertos por NJ FamilyCare.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.
- apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.
- quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos con receta.
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, usted puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)



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

- Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.
- pago de cuidado de la salud o de medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.
 - Si nos pide que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

B. Su Administrador del Cuidado de la Salud

La administración del cuidado de la salud se ofrece a todos los miembros de este plan. Incluye un enfoque personalizado al ofrecer servicios de conserjería para apoyar y guiar a los miembros a través de las complejidades del sistema de cuidado de la salud.

Todos los miembros reciben servicios de administración del cuidado de la salud y una evaluación de salud inicial. Si se identifican necesidades adicionales, se hará una referencia para realizar una evaluación completa de las necesidades con un administrador del cuidado clínico.

Todos los miembros:

- Son contactados para la estratificación y evaluación del riesgo
- Reciben un plan de cuidado individualizado
- Tienen acceso a programas de administración del cuidado clínico, con un administrador del cuidado de la salud asignado.

Método	Información de contacto
Llame al	<p>1-800-514-4911</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible 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.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.</p>



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

Método	Información de contacto
Escriba a	UnitedHealthcare Customer Service Department PO Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	myuhc.com/CommunityPlan

Comuníquese con su administrador del cuidado de la salud para recibir ayuda con:

- preguntas sobre el cuidado de su salud
- preguntas sobre cómo recibir servicios para la salud del comportamiento (tratamiento para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)
- preguntas sobre transporte
- preguntas sobre el programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS)

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

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) proporciona asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare. En New Jersey, este programa se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).

No tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-792-8820 Disponibile de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	711
Escriba a	NJ State Health Insurance Assistance Program PO Box 807 Trenton NJ 08625
Sitio web	state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/

Comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud para recibir ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a hacer lo siguiente:
 - comprender sus derechos,



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

- comprender sus opciones de planes,
- presentar quejas sobre su tratamiento o el cuidado de su salud, y
- resolver problemas con sus facturas.

D. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta. Está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. Livanta no tiene relación con nuestro plan.

Método	Información de contacto
Llame al	1-866-815-5440
TTY	1-866-868-2289 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
Sitio web	livantaqio.com/es/states/new_jersey

Comuníquese con Livanta para recibir ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de cuidado de la salud
- cómo presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad del cuidado,
 - cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto; o
 - piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminarán demasiado pronto.



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

E. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	es.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros de cuidados paliativos. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local, posiblemente le permitan usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare al número indicado anteriormente y decirles lo que está buscando. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted.



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

F. NJ FamilyCare (Medicaid)

NJ FamilyCare ayuda con los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo a las personas que tienen ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Humanos de New Jersey.

Dado que usted cumple los requisitos de Medicare y de Medicaid y está inscrito en ambos, su cobertura a través de nuestro plan incluye todos los beneficios a los que tiene derecho conforme al cuidado administrado de Medicaid (NJ FamilyCare). Por lo tanto, UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) cubre todos sus beneficios de Medicaid tales como aparatos auditivos, exámenes de la vista de rutina y servicios dentales integrales. Además, Medicaid paga la prima de la Parte B por usted.

Método	Información de contacto
Llame al	División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Humanos de New Jersey 1-800-701-0710 Disponible de 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes.
TTY	711
Escriba a	NJ Department of Human Services Division of Medical Assistance and Health Services PO Box 712 Trenton, NJ 08625-0712
Sitio web	state.nj.us/humanservices/dmahs/



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

G. Oficina del Ombudsman de Seguros

La Oficina del Ombudsman de Seguros actúa como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. La Oficina del Ombudsman de Seguros también le ayuda con problemas de servicio o facturación. No tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-446-7467 Disponible de 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes.
TTY	711
Escriba a	The Office of the Insurance Ombudsman NJ Department of Banking and Insurance PO Box 472 Trenton, NJ 08625-0472
Sitio web	state.nj.us/dobi/ombuds.htm

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

H. Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado de New Jersey

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado de New Jersey ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de convalecencia y a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y los residentes o sus familiares.

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado de New Jersey no tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

Método	Información de Contacto
Llame al	1-877-582-6995 Disponibile de 8:45 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes.
TTY	711
Escriba a	NJ Long-Term Care Ombudsman P.O. Box 852 Trenton, NJ 08625-0852
Sitio web	nj.gov/ooie/



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

I. Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta

El sitio web [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov) ([es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, según se describe a continuación.

I1. Programa Ayuda Adicional

Dado que cumple los requisitos de Medicaid, usted califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, y lo está recibiendo. No necesita hacer nada para recibir este programa “Ayuda Adicional”.

Método	Información de Contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	es.medicare.gov

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

J. Seguro Social

El Seguro Social determina el cumplimiento de los requisitos y administra las inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que son mayores de 65 años o que tienen una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) y reúnen ciertas condiciones, cumplen los requisitos de Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la inscripción en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Usted puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	ssa.gov/espanol/



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

K. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Información de Contacto
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9 a.m. a 12 p.m., los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda de la Junta de Retiro Ferroviario automatizada con información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	rrb.gov

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

L. Seguro de grupo u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de unión libre) recibe beneficios del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)** si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**, quien puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.



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

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene las reglas y los términos específicos que usted debe conocer para recibir servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le explica sobre su administrador del cuidado de la salud, cómo recibir cuidado de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (por ejemplo, de proveedores o farmacias fuera de la red), qué puede hacer si le facturan directamente servicios que cubrimos y las reglas para adquirir la propiedad del Equipo Médico Duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Información sobre servicios y proveedores	38
B.	Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan	38
C.	Su administrador del cuidado de la salud	39
	C1. Qué es un administrador del cuidado de la salud	39
	C2. Cómo puede comunicarse con su administrador del cuidado de la salud	39
	C3. Cómo puede cambiar de administrador del cuidado de la salud	40
D.	Cuidado de proveedores.....	40
	D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP)	40
	D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red	42
	D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan	42
	D4. Proveedores fuera de la red.....	44
E.	Programa apoyos y servicios a largo plazo administrados (MLTSS).....	45
F.	Servicios para la salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)	45
G.	Cómo recibir cuidado autodirigido a través del Programa de Preferencias Personales (PPP)	45
	G1. Qué es el cuidado autodirigido	45



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

G2.	Quién puede recibir cuidado autodirigido (por ejemplo, si se limita a poblaciones inscritas en programas de exención).....	47
G3.	Cómo recibir ayuda para emplear proveedores de cuidado personal (si corresponde).....	47
H.	Servicios de transporte	47
I.	Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe	48
I1.	Cuidado en una emergencia médica	48
I2.	Cuidado requerido de urgencia	49
I3.	Cómo recibir cuidado durante una catástrofe	50
J.	Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre	50
J1.	Qué puede hacer si nuestro plan no cubre servicios.....	50
K.	Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica.....	51
K1.	Definición de un estudio de investigación clínica.....	51
K2.	Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	52
K3.	Más información sobre estudios de investigación clínica.....	52
L.	Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe	52
L1.	Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud	52
L2.	Cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud	53
M.	Equipo médico duradero (DME).....	53
M1.	Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan	53
M2.	Propiedad del equipo médico duradero si usted se cambia a Medicare Original	54
M3.	Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan.....	55
M4.	Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA).....	55



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

A. Información sobre servicios y proveedores

Servicios son cuidado de la salud, Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS), suministros, servicios para la salud del comportamiento, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios. **Servicios cubiertos** son cualesquiera de estos servicios que pague nuestro plan. Los servicios para el cuidado de la salud, los servicios para la salud del comportamiento y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados cubiertos se indican en el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**. Sus servicios cubiertos para medicamentos con y sin receta se encuentran en el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

Proveedores son los médicos, las enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, servicios para la salud del comportamiento, equipos médicos y ciertos Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados.

Proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores han convenido aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usted usa un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y NJ FamilyCare, entre ellos, servicios para la salud del comportamiento y Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS).

Nuestro plan generalmente pagará los servicios para el cuidado de la salud, los servicios para la salud del comportamiento y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados que usted reciba cuando cumpla nuestras reglas. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- El cuidado que usted reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. Cuando decimos médicamente necesario, nos referimos a que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados.
- Para recibir servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP)** de la red que le indique el cuidado o le diga que use otro médico. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su proveedor de cuidado primario.



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

- En la mayoría de los casos, su proveedor de cuidado primario de la red o nuestro plan deben darle su aprobación para que usted pueda usar un proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario o para usar otros proveedores dentro de la red de nuestro plan. Esto se llama **referencia**. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
- No necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de emergencia ni cuidado requerido de urgencia, ni para usar un proveedor de salud de la mujer. Puede recibir otros tipos de cuidado sin tener una referencia de su proveedor de cuidado primario (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
- **Debe recibir su cuidado de proveedores de la red.** Habitualmente, no cubriremos el cuidado que le proporcione un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. En algunos casos como los siguientes, no se aplica esta regla:
 - Cubrimos el cuidado de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H** de este capítulo).
 - Si necesita cuidado que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionárselo, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubrimos el cuidado sin costo para usted.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan durante un breve período o cuando su proveedor no esté a su disposición o no esté accesible temporalmente. Usted puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Los servicios para la Planificación Familiar se pueden obtener a través de proveedores fuera de la red. En estos casos, los servicios estarán cubiertos directamente a través del modelo de pago de tarifa por servicio de Medicaid.

C. Su administrador del cuidado de la salud

Los administradores del cuidado de la salud proporcionan apoyo en persona a los miembros.

C1. Qué es un administrador del cuidado de la salud

Un administrador del cuidado de la salud es una persona capacitada que trabaja para nuestro plan para prestarle servicios de coordinación del cuidado de la salud.

C2. Cómo puede comunicarse con su administrador del cuidado de la salud

Para comunicarse con su administrador del cuidado de la salud, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-800-514-4911** y TTY **711**.



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

C3. Cómo puede cambiar de administrador del cuidado de la salud

Para cambiar de administrador del cuidado de la salud, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-800-514-4911** y TTY **711**.

D. Cuidado de proveedores

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario para que proporcione y administre su cuidado.

D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP)

Definición de proveedor de cuidado primario y lo que hace este proveedor por usted

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es un médico de la red que usted elige para prestar y coordinar los servicios cubiertos que usted recibe.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como proveedor de cuidado primario?

Por lo general, los proveedores de cuidado primario son médicos especializados en Medicina Interna, Medicina Familiar o Medicina General.

¿Cuál es el rol de mi proveedor de cuidado primario?

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante porque este médico es responsable de la coordinación del cuidado de su salud y, además, es responsable de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Le recomendamos que le pida ayuda a su proveedor de cuidado primario para elegir un especialista de la red y que, después de una visita a un especialista, realice un seguimiento con su proveedor de cuidado primario. Es importante que entable y mantenga una buena relación con su proveedor de cuidado primario.

Su elección de proveedor de cuidado primario

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario del **Directorio de Proveedores y Farmacias** en el momento de su inscripción. Sin embargo, puede visitar a cualquier proveedor de la red que elija. Le recomendamos firmemente que elija un proveedor de cuidado primario del **Directorio de Proveedores y Farmacias** en el momento de su inscripción. Para obtener una copia del **Directorio de Proveedores y Farmacias** más reciente o recibir ayuda para elegir un proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o visite es.uhccommunityplan.com/nj.html para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red. Si no elige un proveedor de cuidado primario en el momento de inscribirse, podemos elegir uno por usted. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario en cualquier momento. Consulte “Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario” a continuación.



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

Opción para cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de nuestro plan. Si su proveedor de cuidado primario deja nuestra red, podemos ayudarle a buscar uno nuevo dentro de nuestra red.

Si usted desea cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente. Si el proveedor de cuidado primario está aceptando miembros adicionales del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare que incluirá este cambio.

En determinadas circunstancias, usted puede seguir recibiendo servicios cubiertos de un médico participante u otro profesional de cuidado de la salud que haya dejado la red durante cuatro meses como máximo después de la fecha de vigencia de la terminación (el fin del período del aviso).

Además, si usted está recibiendo ciertos tratamientos, puede recibir períodos más prolongados de cuidado según se indica a continuación:

- Embarazo — hasta la evaluación que se realiza después del parto (hasta seis semanas después).
- Cuidado médico de seguimiento posoperatorio (hasta seis meses).
- Tratamiento oncológico (hasta un año).
- Tratamiento psiquiátrico (hasta un año).

Servicios que puede recibir sin la aprobación de su proveedor de cuidado primario

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de usar otros proveedores. Esta aprobación se llama **referencia**. Usted puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin obtener primero la aprobación de su proveedor de cuidado primario:

- Servicios para emergencias de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Cuidado requerido de urgencia de proveedores de la red
- Cuidado requerido de urgencia de proveedores fuera de la red cuando usted no pueda visitar a un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o durante el fin de semana)

Nota: El cuidado requerido de urgencia debe ser de necesidad inmediata y médicamente necesario.



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

- Servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté lejos.
- Vacunas antigripales y vacunas contra la COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la pulmonía.
- Servicios de rutina para el cuidado de la salud de la mujer y para la planificación familiar, que incluyen exámenes de seno, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos.
- Además, si cumple los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígenas, puede usar estos proveedores sin una referencia.

D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas, tales como:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Aunque su proveedor de cuidado primario está capacitado para tratar la mayoría de las necesidades frecuentes de cuidado de la salud, es posible que en algún momento considere que usted necesita consultar a un especialista de la red. **Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista o un proveedor de salud del comportamiento o de servicios de salud mental de la red.** Aunque no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista de la red, su proveedor de cuidado primario puede recomendarle un especialista de la red apropiado para su condición médica, responder las preguntas que usted tenga sobre el plan de tratamiento de un especialista de la red y proporcionar cuidado de la salud de seguimiento según sea necesario. Para la coordinación del cuidado de la salud, le recomendamos que, cuando consulte a un especialista de la red, le avise a su proveedor de cuidado primario. Usted no es responsable de obtener ninguna preautorización necesaria para recibir los servicios médicos y otros servicios cubiertos por su plan. Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, que contiene una lista de los especialistas del plan a su disposición a través de su red. O bien, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en Internet en es.uhccommunityplan.com/nj.html.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted use deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

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

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha consultado a ese proveedor **en los últimos tres años**.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si le ha consultado **en los últimos tres meses**.
- Le ayudamos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para seguir manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- En determinadas circunstancias, usted puede seguir recibiendo servicios cubiertos de un proveedor que haya dejado nuestra red durante cuatro meses como máximo después de la fecha de vigencia de la terminación (el fin del período del aviso).
- Si usted está recibiendo tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a pedir que continúen si son médicamente necesarios, y colaboramos con usted para asegurarnos de que así sea. Si usted está recibiendo ciertos tratamientos, es posible que pueda recibir períodos más prolongados de cuidado según se indica a continuación:
 - Embarazo: hasta la evaluación que se realiza después del parto—hasta seis semanas después.
 - Cuidado médico de seguimiento posoperatorio (cuidado proporcionado después de una cirugía): (hasta seis meses).
 - Tratamiento oncológico (tratamiento para el cáncer): hasta un año.
 - Tratamiento psiquiátrico (tratamiento de salud mental con un psiquiatra): hasta un año.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, debemos hacer los arreglos necesarios para que un especialista fuera de la red le proporcione su cuidado cuando no haya un proveedor o beneficio adecuado o disponible dentro de la red para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si usted cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su cuidado, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, una queja formal sobre la calidad del cuidado o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información.)



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

En determinadas circunstancias, durante cuatro meses como máximo después de la fecha de vigencia de la terminación (el fin del período del aviso), usted puede seguir recibiendo servicios cubiertos de un proveedor que haya dejado nuestra red.

Además, si usted está recibiendo ciertos tratamientos, puede recibir períodos más prolongados de cuidado según se indica a continuación:

- embarazo – hasta la evaluación que se realiza después del parto (hasta seis semanas después)
- cuidado médico de seguimiento posoperatorio (hasta seis meses)
- tratamiento oncológico (hasta un año)
- tratamiento psiquiátrico (hasta un año)

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y a administrar su cuidado.

D4. Proveedores fuera de la red

El cuidado que usted reciba de proveedores fuera de la red no estará cubierto, a menos que dicho cuidado cumpla una de las cuatro excepciones que se describen en la Sección B de este capítulo. Le recordamos que haremos los arreglos necesarios para la cobertura de los servicios cubiertos médicamente necesarios a través de proveedores fuera de la red si no hay proveedores razonablemente a su disposición a través de nuestra red. Usted puede recibir servicios para la Planificación Familiar a través de proveedores fuera de la red y esos servicios estarán cubiertos directamente a través del modelo de pago de tarifa por servicio de Medicaid. Para obtener información sobre cómo recibir cuidado fuera de la red cuando tiene una emergencia médica o necesita cuidado de urgencia, consulte la **Sección I** de este capítulo. Llame a su Administrador del Cuidado de la Salud o a Servicio al Cliente para pedir ayuda sobre cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red.

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare o en NJ FamilyCare.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumpla los requisitos para participar en Medicare ni en NJ FamilyCare.
- Si usa un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no cumplen los requisitos para participar en Medicare.



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

E. Programa apoyos y servicios a largo plazo administrados (MLTSS)

El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS) es un programa que presta servicios a Domicilio y en la Comunidad para miembros que necesitan el nivel de cuidado prestado normalmente en un Centro de Enfermería y permite que reciban el cuidado necesario en un centro residencial o comunitario. Los servicios de este programa incluyen (entre otros): servicios en vivienda asistida; fisioterapia, terapia cognitiva, terapia ocupacional y terapia del habla; servicios de ayuda para tareas domésticas; comidas entregadas a su domicilio; modificaciones en el lugar de residencia (como la instalación de rampas o barras de sujeción); modificaciones en el vehículo; cuidado diurno social para adultos y transporte que no tiene razones médicas. El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados está disponible para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros. Para obtener más información sobre este programa, llame a Servicio al Cliente.

F. Servicios para la salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)

El plan cubre los servicios para la salud del comportamiento, incluidos los servicios de salud mental y para trastornos por abuso de alcohol y de sustancias. Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un proveedor de salud del comportamiento o de servicios de salud mental.

Si necesita servicios para la salud del comportamiento, incluso acceso inmediato a nuestra Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento:

Llame al **1-800-514-4911**, TTY: **711**

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

G. Cómo recibir cuidado autodirigido a través del Programa de Preferencias Personales (PPP)

G1. Qué es el cuidado autodirigido

El Programa de Preferencias Personales (Personal Preference Program, PPP) es una alternativa para que las personas reciban servicios de un Asistente para el Cuidado Personal (Personal Care Assistant, PCA) de NJ FamilyCare, ya que les ofrece más opciones.



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

Los servicios de un Asistente para el Cuidado Personal son tareas relacionadas con la salud, que no son de emergencia, a través de NJ FamilyCare. Las tareas incluyen ayuda con las actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL) y con las tareas domésticas esenciales para la salud y la comodidad del paciente, como bañarse, vestirse, preparación de comidas y limpieza liviana.

A través de un enfoque de “efectivo y asesoramiento”, junto con la idea de “dirección del consumidor”, se puede acceder a los servicios de un Asistente para el Cuidado Personal conforme al Programa de Preferencias Personales, que permite a los adultos de edad avanzada y a las personas con discapacidades que son beneficiarios de NJ FamilyCare dirigir y administrar sus propios servicios.

Con una asignación mensual de efectivo, los miembros pueden trabajar con un asesor para desarrollar un Plan de Administración de Efectivo (Cash Management Plan, CMP). Este plan ayuda a nuestros miembros a decidir los servicios que necesitan y las personas o agencias que pueden contratar para prestarlos. Los miembros con deterioro cognitivo o incapacidad para tomar sus propias decisiones pueden elegir a un representante para que tome decisiones en nombre de ellos.

El Programa de Preferencias Personales también incluye servicios de Administración Fiscal (Fiscal Management, FM) para ayudar a nuestros miembros con los aspectos financieros del programa. La Administración Fiscal se encarga de todas las responsabilidades salariales de los participantes y actúa como un servicio de contabilidad.

El Programa de Preferencias Personales requiere una mayor responsabilidad individual. Pero, a cambio, ofrece a nuestros miembros más control, flexibilidad y capacidad de elección sobre los servicios que reciben.

¿Por qué elegir el Programa de Preferencias Personales?

Este programa permite a los miembros:

- Elegir los servicios que necesitan y desean
- Diseñar un plan de servicios que se adapte a su horario
- Comprar equipos y dispositivos
- Ejercer un mayor control, flexibilidad y capacidad de elección sobre su cuidado personal

Cómo usar su asignación de efectivo

Usted puede usar su asignación de efectivo para:

- Contratar los servicios de una agencia
- Pagarle a un amigo o familiar para que le ayude
- Comprar equipos, aparatos, tecnología u otros artículos que aumenten su independencia, como un horno microondas o una lavadora de carga frontal que pueda usar desde su silla de ruedas



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

G2. Quién puede recibir cuidado autodirigido (por ejemplo, si se limita a poblaciones inscritas en programas de exención)

Los solicitantes deben:

- Estar aprobados para recibir Servicios de un Asistente para el Cuidado Personal (PCA) y necesitar estos servicios durante al menos seis meses
- Poder autodirigir los servicios o elegir a un representante que actúe en nombre de ellos

G3. Cómo recibir ayuda para emplear proveedores de cuidado personal (si corresponde)

Para presentar una solicitud

Los miembros que actualmente están recibiendo servicios de un Asistente para el Cuidado Personal o en un programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados pueden comunicarse con su administrador del cuidado de la salud asignado. Quienes no tengan asignado un administrador del cuidado de la salud pueden llamarnos al **1-800-645-9409**, TTY **711**.

H. Servicios de transporte

Usted tiene acceso a transporte de emergencia y que no es de emergencia. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Los servicios de ambulancia terrestre o aérea que pueda necesitar en caso de emergencia médica están cubiertos. En determinadas circunstancias, también es posible que cubramos el transporte médico que no es de emergencia si tiene una indicación por escrito de su médico que indique que el transporte es médicamente necesario. Por ejemplo, una persona con Enfermedad Renal en Etapa Terminal podría necesitar transporte en ambulancia médicamente necesario a un centro de diálisis renal.

El transporte que no es de emergencia se coordina a través del proveedor de transporte del estado, Modivcare. Para programar un transporte, llame a Modivcare al **1-866-527-9933**. Los servicios cubiertos de transporte que no es de emergencia incluyen 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).

También puede pedirles a su proveedor de cuidado primario o a su Administrador del Cuidado de la Salud que le ayuden a hacer los arreglos necesarios para este servicio. Llámenos al número gratuito **1-800-514-4911**, TTY **711** para que le ayudemos a coordinar el transporte. Disponible 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. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.



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

I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe

II. Cuidado en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor grave o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:

- un riesgo grave para su salud o la de su feto; o
- un daño grave en las funciones corporales; o
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No hay suficiente tiempo para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
 - Un traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su feto.

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al **911** o use la sala de emergencias o el hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita la aprobación ni una referencia de su proveedor de cuidado primario. No es necesario usar un proveedor de la red. Usted puede recibir cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.
- **En cuanto sea posible, avise a nuestro plan de su emergencia.** Realizamos un seguimiento de su cuidado de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para avisarnos que recibió cuidado de emergencia, por lo general, **en un plazo no mayor de 48 horas**. Llámenos al número gratuito **1-800-514-4911**, TTY **711**. Disponible 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.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.



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

Los proveedores que le prestan el cuidado de emergencia deciden en qué momento su condición se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica. Seguirán tratándole y se comunicarán con nosotros para hacer planes si usted necesita cuidado médico de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su cuidado médico de seguimiento. Si usted recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

Cuidado de emergencia recibido cuando no era una emergencia

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud del comportamiento. Podría suceder que usted vaya para recibir cuidado de emergencia y que el médico diga que en realidad no era una emergencia. Siempre y cuando sea razonable pensar que su salud estaba en grave peligro, cubrimos su cuidado.

Una vez que el médico dice que no era una emergencia, cubrimos su cuidado adicional solamente si:

- Usted usa un proveedor de la red **o**
- El cuidado adicional que recibe se considera “cuidado requerido de urgencia” y usted sigue las reglas para recibirlo. Consulte la próxima sección.

12. Cuidado requerido de urgencia

Cuidado requerido de urgencia es el cuidado que usted recibe para una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Por ejemplo, usted podría tener una intensificación de una condición existente o un fuerte dolor de garganta que se produce durante el fin de semana, y necesitar tratamiento.

Cuidado requerido de urgencia dentro del área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos el cuidado requerido de urgencia solamente si:

- Usted recibe este cuidado de un proveedor de la red **y**
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable visitar a un proveedor de la red, cubrimos el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias**, que contiene una lista de los Centros de Cuidado de Urgencia de la red, o llame a Servicio al Cliente al **1-800-514-4911**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre, para obtener más información.

Cuidado requerido de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, quizás no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.



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

Nuestro plan no cubre el cuidado requerido de urgencia ni ningún otro cuidado que no sea de emergencia que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

Nuestro plan cubre servicios para emergencias y servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, en todo el mundo, en las siguientes circunstancias: servicios para emergencias, incluso el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. Los procedimientos preprogramados y los procedimientos electivos no tienen cobertura.

I3. Cómo recibir cuidado durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Para obtener información sobre cómo recibir el cuidado que necesite durante una catástrofe declarada, visite nuestro sitio web: uhc.com/disaster-relief-info.

Durante una catástrofe declarada, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir cuidado de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

J. Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, usted debe pedirnos que la paguemos.

No debe pagar la factura. Si lo hace, no podemos hacerle un reembolso.

Si usted pagó sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura** para saber qué puede hacer.

J1. Qué puede hacer si nuestro plan no cubre servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determine que son médicamente necesarios, **y**
- que se encuentren en la Tabla de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**), **y**
- que usted reciba mientras siga las reglas del plan.



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

Si usted recibe servicios que no cubre nuestro plan, **usted paga de su bolsillo el costo total.**

Si desea saber si pagamos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** explica qué puede hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También le explica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta un cierto límite. Si usted se excede del límite, paga el costo total para recibir más servicios de ese tipo. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicio al Cliente para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha usado de sus beneficios.

K. Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de la salud o de medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele pedir voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare o nuestro plan aprueban un estudio en el que usted desea participar y que usted expresa su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le proporciona información sobre el estudio y ve si usted califica para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla las condiciones necesarias. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Durante su participación en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan sigue cubriéndole los servicios y el cuidado que no estén relacionados con el estudio.

Si usted desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** tiene que avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. **No** es necesario que los proveedores que le proporcionan cuidado como parte del estudio sean proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar los beneficios. Estos incluyen ciertos beneficios especificados conforme a las determinaciones nacionales de cobertura (national coverage determinations, NCD) y los ensayos de dispositivos de investigación (investigational device trials, IDE), y pueden estar sujetos a una preautorización y a otras reglas del plan.



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

Le recomendamos avisarnos antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los miembros por Medicare Original, les recomendamos a usted o a su administrador del cuidado de la salud que se comuniquen con Servicio al Cliente para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

K2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario de un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su cuidado. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- el tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo cuidado

Si usted se ofrece como voluntario de un estudio de investigación clínica, pagamos todos los costos que Medicare no apruebe, pero que nuestro plan apruebe. Si participa en un estudio que Medicare o nuestro plan **no** aprobaron, usted paga todos los costos por participar en el estudio.

K3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, puede leer la publicación “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare [es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://www.es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar 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**.

L. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe

L1. Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un lugar que proporciona el cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir el cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Este beneficio es solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios para el cuidado de la salud no médicos).



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

Este beneficio es solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

L2. Cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, debe firmar un documento legal que afirme que usted se opone a recibir tratamiento médico no exceptuado.

- El tratamiento médico no exceptuado es todo cuidado que es **voluntario y no requerido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico exceptuado es todo cuidado que **no es voluntario y que se requiere** según la ley federal, estatal o local.

Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos del cuidado.
- Si esta institución le presta servicios en un centro:
 - Usted debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o para el cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.
 - Se aplican los límites de cobertura de Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados de Medicare (consulte la página 78 del Capítulo 4 para ver una descripción de la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados)

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero incluye ciertos artículos médicamente necesarios indicados por un proveedor como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Usted siempre es el propietario de ciertos artículos, como las prótesis.



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

En esta sección, se explica el equipo médico duradero que usted alquila. Como miembro de nuestro plan, por lo general, usted **no** adquirirá la propiedad del equipo médico duradero, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

Aunque haya tenido el equipo médico duradero hasta 12 meses consecutivos conforme a Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, **no** adquirirá la propiedad del equipo.

M2. Propiedad del equipo médico duradero si usted se cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren su propiedad después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de equipo médico duradero para adquirir su propiedad.

Nota: Puede encontrar definiciones de Medicare Original y de Planes Medicare Advantage en el **Capítulo 12**. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual **Medicare y Usted**. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you)) o pedirla 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**.

Usted deberá realizar 13 pagos consecutivos conforme a Medicare Original o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero si:

- no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o en un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el artículo de equipo médico duradero conforme a Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o de Medicare Advantage no se toman en cuenta para alcanzar los pagos que usted debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos conforme a Medicare Original o una serie de nuevos pagos consecutivos establecida por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero.
- Una vez que regrese a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage, esta regla no admite excepciones.



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

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubrimos:

- alquiler del equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno se debe devolver cuando deje de ser médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

M4. Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, lo alquila a un distribuidor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubrirán el equipo de oxígeno y los suministros y servicios indicados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su distribuidor debe proporcionar:

- equipo de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses
- equipo de oxígeno y suministros durante 5 años como máximo si son médicamente necesarios

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su distribuidor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier distribuidor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila el equipo a un distribuidor durante 36 meses.
- Su distribuidor luego proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a otro plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Usted puede preguntar a su nuevo plan Medicare Advantage qué equipos de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.



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

Capítulo 4

Tabla de Beneficios

Capítulo 4

Tabla de Beneficios

Introducción

Este capítulo le explica los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones a esos servicios o los límites en estos. También describe los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Sus servicios cubiertos	58
B.	Reglas para que los proveedores no le cobren servicios	58
C.	Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan	58
D.	La Tabla de Beneficios de nuestro plan	59
E.	Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	106
	E1. Cuidados paliativos	106
F.	Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni NJ FamilyCare.....	107



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

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo describe los servicios que cubre nuestro plan. También puede saber qué servicios no están cubiertos. En el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**, encontrará información sobre los beneficios de medicamentos.

Dado que usted recibe ayuda de NJ FamilyCare, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Para obtener información detallada sobre las reglas del plan, consulte el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a Servicio al Cliente al **1-800-514-4911 (TTY 711)**.

B. Reglas para que los proveedores no le cobren servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio.

Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto llegara a ocurrir, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura** o llame a Servicio al Cliente.

C. Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios describe los servicios que paga nuestro plan. Indica los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios que se encuentran en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted no paga nada por los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos que se describen a continuación.

- Prestamos los servicios cubiertos por Medicare y NJ FamilyCare según las reglas establecidas por Medicare y NJ FamilyCare.
- Los servicios (incluido el cuidado médico, los servicios para la salud del comportamiento y el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, los Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados [MLTSS], los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados.
- Usted recibe cuidado de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera



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

de la red no estará cubierto, a menos que sea cuidado de emergencia o requerido de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. En el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**, encontrará más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.

- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado de la salud que proporciona y administra su cuidado. Los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

D. La Tabla de Beneficios de nuestro plan

Cubrimos algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se llama preautorización (prior authorization, PA).

En la Tabla de Beneficios, marcamos con un asterisco (*) los servicios cubiertos que podrían necesitar una preautorización.


En la Tabla de Beneficios, marcamos con una daga (†) los servicios cubiertos que **necesitan** una preautorización.

Servicios que paga nuestro plan

<p>🍏 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos una ecografía de detección realizada por única vez para las personas que estén en riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera especialista o especialista en enfermería clínica.</p>	
<p>Acupuntura</p> <p>Pagamos las visitas de acupuntura si usted tiene dolor lumbar crónico, definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persistente por 12 semanas o más; • no específico (sin causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Los tratamientos de acupuntura se deben interrumpir si usted no mejora o si empeora.</p>	



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

Servicios que paga nuestro plan

<p> Asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Pagamos una evaluación de consumo indebido de alcohol para adultos que lo consumen de forma indebida, pero no tienen dependencia del alcohol, incluidas las mujeres embarazadas.</p> <p>Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento breves en persona por año (siempre y cuando pueda mantenerse competente y alerta durante las sesiones) a cargo de un profesional médico o un proveedor de cuidado primario (PCP) calificado en un centro de cuidado primario.</p>	
<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (en avión y helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle.</p> <p>Su condición debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su salud o su vida.</p> <p>Para otros casos, nosotros debemos aprobar los servicios de ambulancia (que no sean de emergencia). En casos que no sean de emergencia, es posible que paguemos una ambulancia. Su condición debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su vida o su salud.</p>	

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



Servicios que paga nuestro plan


<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Usted puede recibir un examen médico anual. En esta visita, se crea o actualiza un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos esta visita una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede realizar durante el lapso de 12 meses después de su visita Bienvenido a Medicare. Sin embargo, después de que usted haya tenido la Parte B durante 12 meses, no es necesario que haya realizado una visita Bienvenido a Medicare para realizar visitas de bienestar anuales.</p>	
<p>Servicios para el Trastorno del Espectro Autista</p> <p>Para todos los miembros con un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (ASD), pagamos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis Conductual Aplicado (ABA) • dispositivos y servicios alternativos y para aumentar la comunicación • servicios de Integración Sensorial (SI) • servicios de salud asociados (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) • servicios del modelo Developmental, Individual differences, Relationship-based (DIR), que incluyen, entre otros, la terapia del modelo Greenspan y DIRFloortime 	
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califican (generalmente, aquellos que estén en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o revelan la calidad ósea.</p> <p>Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	



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

Servicios que paga nuestro plan

<p> Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía basal entre los 35 y 39 años • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • exámenes clínicos de seno una vez cada 12 meses 	
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)*</p> <p>Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener la indicación de un médico.</p> <p>También cubrimos programas para la rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.</p>	
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (cardíaca) (terapia para enfermedad cardíaca)</p> <p>Pagamos una visita al año o más si son médicamente necesarias con su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudarlo a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizar el uso de aspirina, • controlarle la presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que usted se alimente bien. 	

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

Servicios que paga nuestro plan

<p>🍏 Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares (cardíacas)</p> <p>Para todos los miembros mayores de 20 años, pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez al año y con más frecuencia si son médicamente necesarios. Estos análisis de sangre también detectan defectos debido a factores de alto riesgo de enfermedad cardíaca.</p>	
<p>🍏 Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos una vez cada 12 meses • Para mujeres asintomáticas entre los 30 y 65 años: Una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV) cada 5 años, junto con la prueba de Papanicolau 	
<p>Servicios quiroprácticos*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustes de la columna vertebral para corregir desviaciones • servicios de laboratorio clínico • ciertos suministros médicos • equipo médico duradero • ortesis prefabricadas • servicios de fisioterapia • servicios de radiodiagnóstico cuando los indica un quiropráctico dentro del alcance de su licencia 	



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

Servicios que paga nuestro plan

Examen de detección de cáncer colorrectal

Pagamos los siguientes servicios:


- La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de un enema de bario o una colonoscopia de detección previos.
- Sigmoidoscopia flexible para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes que están en alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.
- Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses.
- Análisis multiobjetivo de ADN en heces fecales para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Análisis de Biomarcadores en Sangre para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Enema de Bario como alternativa a una colonoscopia para los pacientes que están en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.

Este beneficio continúa en la página siguiente



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


Servicios que paga nuestro plan

<p> Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de Bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no están en alto riesgo y que son mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>A partir del 1 de enero de 2023, los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces fecales no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	
<p>Servicios dentales*</p> <p>Este beneficio incluye servicios preventivos, restaurativos, periodontales, de prótesis, de diagnóstico, de endodoncia y de cirugía bucal y maxilofacial, así como otros servicios complementarios generales.</p> <p>Pagamos exámenes dentales, limpiezas, tratamiento con fluoruro y las radiografías necesarias. Pagamos este servicio dos veces por cada año móvil. Algunos ejemplos de servicios cubiertos incluyen (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluaciones (exámenes) bucales • radiografías y otros estudios por imágenes de diagnóstico • limpieza dental (profilaxis) • tratamientos con fluoruro tópico • empastes dentales • coronas • tratamiento de conducto radicular • raspado y alisado radicular • dentaduras postizas parciales y completas <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



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


Servicios que paga nuestro plan


<p>Servicios dentales* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • procedimientos quirúrgicos bucales (incluidas las extracciones) • sedación/anestesia intravenosa (cuando es médicamente necesaria para procedimientos quirúrgicos bucales) <p>Se pueden considerar procedimientos periodontales designados, preventivos y de diagnóstico adicionales para miembros con necesidades especiales de cuidado de la salud.</p> <p>Algunos procedimientos pueden requerir una preautorización con documentación de necesidad médica. Incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ortodoncia para miembros de hasta 21 años con documentación adecuada de una maloclusión incapacitante o necesidad médica. • Tratamiento dental en un quirófano o un centro de cirugía ambulatoria. <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales antes de un trasplante de riñón.</p>	
<p> Evaluación de depresión</p> <p>Pagamos una evaluación de depresión por año. La evaluación se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.</p>	



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

Servicios que paga nuestro plan

<p> Pruebas de detección de la diabetes</p> <p>Pagamos estas pruebas de detección (que incluyen pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión) • historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • historial de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre <p>Es posible que las pruebas estén cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso e historial familiar de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	
--	--

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

Servicios que paga nuestro plan

<p>🍎 Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para medir la glucosa en la sangre (glucemia), incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – un medidor de glucosa en la sangre – tiras para medir la glucosa en la sangre – lancetas y dispositivos para lancetas – soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los glucómetros y las tiras para medir la glucosa • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> – un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluye las plantillas), así como el ajuste y dos pares adicionales de plantillas por cada año calendario, o – un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con los zapatos) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarlo a manejar la diabetes. Para saber más, comuníquese con Servicio al Cliente. 	<p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch®Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Este plan no cubre otras marcas. No hay limitaciones de marcas para los Medidores Continuos de Glucosa.</p>
<p>Servicios de una Doula</p> <p>Pagamos los servicios de una doula. Una doula es una profesional capacitada que proporciona apoyo físico, emocional e informativo continuo a la parturienta durante todo el período perinatal. Una doula también puede proporcionar apoyo informativo para encontrar recursos en la comunidad. Una doula no reemplaza a un profesional médico con licencia ni puede realizar tareas clínicas.</p>	

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

Servicios que paga nuestro plan

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados†

En el **Capítulo 12** de su **Evidencia de Cobertura**, puede encontrar una definición de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos:

- sillas de ruedas
- muletas
- sistemas de colchones motorizados
- suministros para la diabetes
- camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio
- bombas de infusión intravenosa (IV) y portasueros
- dispositivos para la generación del habla
- equipo de oxígeno y suministros
- nebulizadores
- andadores
- bastón de cuatro patas o mango curvo estándar, y suministros de repuesto
- tracción cervical (sobre la puerta)
- estimulador óseo
- equipo para el cuidado de diálisis

Es posible que haya otros artículos cubiertos.

Pagamos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que suelen pagar Medicare y Medicaid. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede pedirle si puede realizar un pedido especial para usted.



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

Servicios que paga nuestro plan

<p>Pruebas de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)</p> <p>Para los miembros menores de 21 años, pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• cuidado preventivo para niños• exámenes preventivos• exámenes médicos• exámenes y servicios para la vista y la audición• vacunas• pruebas de detección de plomo• servicios de enfermería privada <p>Pagamos servicios de enfermería privada para los miembros menores de 21 años que cumplen los requisitos para las Pruebas de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos, que viven en la comunidad y cuya condición médica y plan de tratamiento justifican la necesidad.</p>	
---	--

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

Servicios que paga nuestro plan

<p>Cuidado de emergencia</p> <p>Cuidado de emergencia significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias, y • necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor grave o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud o la de su feto; o • un daño grave en las funciones corporales; o • una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> - No hay suficiente tiempo para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto. - Un traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su feto. <p>Cobertura mundial de servicios para emergencias, incluso el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. Los procedimientos preprogramados y los procedimientos electivos no tienen cobertura.</p>	<p>Para obtener información sobre el reembolso de gastos por servicios mundiales, consulte la Sección A1 del Capítulo 7.</p> <p>Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su condición de emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe volver a un hospital de la red para que se siga cubriendo su cuidado.</p>
--	---

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

Servicios que paga nuestro plan

Servicios para la planificación familiar

La ley le permite elegir cualquier proveedor—ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red—para recibir ciertos servicios para la planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.

Pagamos los siguientes servicios:

- examen y tratamiento médico para la planificación familiar
- pruebas de laboratorio y de diagnóstico para la planificación familiar
- métodos de planificación familiar (anticonceptivos intrauterinos [AIU]/dispositivos intrauterinos [DIU], implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo)
- suministros para la planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, lámina, diafragma, capuchón)
- asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados
- asesoramiento, pruebas de detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI)
- asesoramiento y pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y de otras condiciones relacionadas con el VIH
- anticonceptivos permanentes (Usted debe ser mayor de 21 años para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía.)
- asesoramiento genético

Este beneficio continúa en la página siguiente



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


Servicios que paga nuestro plan

<p>Servicios para la planificación familiar (continuación)</p> <p>También pagamos algunos otros servicios para la planificación familiar. Sin embargo, usted debe usar un proveedor dentro de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento para condiciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada.) • tratamiento del SIDA y de otras condiciones relacionadas con el VIH • pruebas genéticas <p>Medicaid paga directamente los servicios prestados por proveedores fuera de la red.</p>	
<p>Servicios para la audición*</p> <p>Pagamos los exámenes de audición y del equilibrio que le realice su proveedor. Estos exámenes le indicarán si usted necesita tratamiento médico. Están cubiertos como cuidado para pacientes ambulatorios cuando usted los recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes de audición de rutina • exámenes de audición y del equilibrio de diagnóstico • exámenes otológicos y para aparatos auditivos antes de indicar aparatos auditivos • aparatos auditivos, así como los accesorios y suministros relacionados • exámenes con el propósito de ajustar aparatos auditivos • exámenes y ajustes de seguimiento • reparaciones después del vencimiento de la garantía 	



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

Servicios que paga nuestro plan

<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • piden una prueba de detección del VIH, o • están en mayor riesgo de infección por el VIH. <p>Para las mujeres que están embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p>	
<p>Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio[†]</p> <p>Antes de que usted pueda recibir servicios de asistencia médica a domicilio, un médico debe decirnos que usted los necesita, y los debe prestar una agencia de asistencia médica a domicilio. Usted debe estar recluido en su domicilio, lo que significa que representaría un enorme esfuerzo salir de su domicilio.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o de manera intermitente • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipo y suministros médicos 	

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

Servicios que paga nuestro plan

Terapia de infusión a domicilio

Nuestro plan paga la terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel, y se le proporcionan en su domicilio. Para realizar la infusión a domicilio, se necesita lo siguiente:

- el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina;
- un equipo, como una bomba; **y**
- suministros, como tubos o un catéter.

Nuestro plan cubre los servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros:

- servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según su plan de cuidado;
 - capacitación y educación del miembro que no se incluyan ya en el beneficio de equipo médico duradero;
 - monitoreo remoto; **y**
 - servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un distribuidor calificado de terapia de infusión a domicilio.
-



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

Servicios que paga nuestro plan

Cuidados paliativos

Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a buscar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Los servicios cubiertos incluyen:

- medicamentos para tratar los síntomas y el dolor
- relevo del cuidador a corto plazo
- cuidado a domicilio

El plan también cubre ciertos equipos médicos duraderos, así como el asesoramiento espiritual y la terapia de duelo. Para los miembros menores de 21 años, tanto los cuidados paliativos como el cuidado curativo están cubiertos.

Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare.

- Consulte la **Sección E** de este capítulo para obtener más información.

Por servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare:

- Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.


Este beneficio continúa en la página siguiente

Cuando se inscribe en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por UHC Dual Complete® NJ-Y001 (HMO D-SNP).



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

Servicios que paga nuestro plan

<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su Evidencia de Cobertura. <p>Nota: Si usted necesita cuidados que no son paliativos, llame a su administrador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente para coordinar los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre todo su cuidado médico que no esté relacionado con su pronóstico terminal como lo haría normalmente.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consultoría sobre cuidados paliativos (por única vez) para miembros que tengan una enfermedad terminal y que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacuna contra la pulmonía • vacunas antigripales, una vez cada estación de la gripe en el otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • vacuna contra la hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra la COVID-19 • otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Pagamos otras vacunas que cumplan las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.</p> <p>El calendario completo de vacunación infantil está cubierto para los miembros menores de 21 años.</p>	



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

Servicios que paga nuestro plan

Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados†

Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.

El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido en el hospital con la indicación de un médico. El día anterior a ser dado de alta es su último día como paciente hospitalizado.

Pagamos los siguientes servicios y otros medicamentos necesarios que no se encuentran aquí:

- habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria)
- comidas, incluso dietas especiales
- servicios de enfermería regulares
- costos de unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario
- medicamentos y principios activos
- pruebas de laboratorio
- radiografías y otros servicios para radiología
- suministros quirúrgicos y médicos necesarios
- aparatos, como sillas de ruedas
- servicios de quirófano y de sala de recuperación
- fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados
- en algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral

Este beneficio continúa en la página siguiente



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

Servicios que paga nuestro plan

Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación)

Si usted necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted puede recibir sus servicios para trasplantes localmente o en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad. Si nuestro plan presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en nuestra comunidad y usted decide realizarse su trasplante allí, hacemos los arreglos necesarios o pagamos los costos de viaje y alojamiento para usted y un acompañante. (El transporte al sitio distante incluye, entre otros: millaje de vehículos, tarifa aérea en clase económica, tarifas de taxis o servicios de viajes compartidos.) También es posible que estén cubiertos los costos de alojamiento o los lugares para quedarse, como hoteles, moteles o viviendas temporales como resultado del viaje para recibir un trasplante de órganos cubierto. Usted puede recibir un reembolso de gastos aprobados de hasta \$125 por día en total. Los servicios de transporte no están sujetos al límite diario.

- sangre, incluso su almacenamiento y administración
- servicios de un médico

Nota: Para que usted sea un paciente hospitalizado, su proveedor debe realizar una indicación por escrito para admitirle formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de que sea un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.

Este beneficio continúa en la página siguiente



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

Servicios que paga nuestro plan

<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada ¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte! Esta publicación está disponible en Internet en medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Pagamos los servicios para el cuidado de la salud mental que requieran una estadía en el hospital. Pagamos las hospitalizaciones por casos agudos en un hospital general, independientemente del diagnóstico de admisión o del tratamiento.</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico • servicios en un hospital general, en la unidad psiquiátrica de un hospital para casos agudos, en un Centro de Cuidado a Corto Plazo (STCF) o en un hospital de acceso crítico • Desintoxicación Médica para Pacientes Hospitalizados (Administración Médica del Manejo de la Abstinencia para Pacientes Hospitalizados en un centro hospitalario) • 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. Los servicios de salud mental están cubiertos por el plan para todos los miembros (los servicios después de los 190 días están cubiertos). 	



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

Servicios que paga nuestro plan

Servicios y suministros para tratar la enfermedad renal*

Pagamos los siguientes servicios:

- Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe referirle. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal.
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**, o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o accesible temporalmente.
- Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados, si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial
- Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio
- Equipos y suministros para diálisis en el domicilio
- Ciertos servicios de apoyo en el domicilio, por ejemplo, visitas necesarias de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua.

Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.



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

Servicios que paga nuestro plan

Examen de detección de cáncer de pulmón

Nuestro plan paga un examen de detección de cáncer de pulmón cada **12 meses** si usted:

- tiene entre 50 y 77 años, **y**
- realiza una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, **y**
- fumó al menos 1 paquete de cigarrillos por día durante 20 años y no tiene signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma actualmente o ha dejado de hacerlo **en los últimos 15 años**

Después del primer examen de detección, nuestro plan paga otro cada año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.

Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) después del examen de detección inicial con tomografía computarizada de baja dosis: el miembro debe recibir una indicación por escrito para que se le realice un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis. Dicha indicación puede ser emitida durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional que, sin ser médico, esté calificado. Si un médico (o un profesional que, sin ser médico, esté calificado) elige proporcionar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón para realizar exámenes subsiguientes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para tales visitas.



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



Servicios que paga nuestro plan

<p>Programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS)*</p> <p>El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados presta servicios a Domicilio y en la Comunidad para miembros que necesitan el nivel de cuidado prestado normalmente en un Centro de Enfermería y permite que reciban el cuidado necesario en un centro residencial o comunitario.</p> <p>Este programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados está disponible para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros. Los servicios del programa incluyen (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios en vivienda asistida • fisioterapia, terapia cognitiva, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios de ayuda para tareas domésticas • comidas entregadas a su domicilio • modificaciones en el lugar de residencia (como la instalación de rampas o barras de sujeción) • modificaciones en el vehículo • cuidado diurno social para adultos • transporte que no tiene razones médicas 	
<p>Cuidado Médico Diurno†</p> <p>Este beneficio es para personas con limitaciones físicas o deterioro cognitivo.</p> <p>Nuestro plan paga servicios preventivos, terapéuticos, de diagnóstico y de rehabilitación bajo supervisión médica y de enfermería en un centro de cuidado ambulatorio para satisfacer las necesidades de personas con limitaciones físicas o deterioro cognitivo a fin de apoyar su vida en la comunidad.</p>	



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

Servicios que paga nuestro plan

<p> Terapia de nutrición clínica</p> <p>Este beneficio es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indica su médico.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica conforme a Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Después de eso, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento en persona por año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar la indicación cada año si usted necesita continuar con el tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	
<p> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan paga los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare. Este programa está diseñado para ayudarle a aumentar sus hábitos saludables. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio dietario a largo plazo, y • mayor actividad física, y • estrategias para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	



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

Servicios que paga nuestro plan

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare*

Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:

- medicamentos que, en general, usted no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria
- insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)
- otros medicamentos que usted se administra a través de equipo médico duradero (como los nebulizadores) que nuestro plan autorizó
- factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia
- medicamentos inmunodepresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento en que recibió el trasplante de órgano
- medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si usted está recluida en el domicilio, tiene una fractura que un médico certifica que tuvo relación con la osteoporosis después de la menopausia y usted no puede autoinyectarse el medicamento
- antígenos
- ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas

Este beneficio continúa en la página siguiente



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

Servicios que paga nuestro plan

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación)

- ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, que incluyen la heparina, el antídoto de la heparina (cuando sea médicamente necesario), los anestésicos tópicos y los agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa)
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria

El siguiente enlace le lleva a una lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a terapia escalonada: [medicare.uhc.com/medicare/member/documents/part-b-step-therapy.html](https://www.medicare.uhc.com/medicare/member/documents/part-b-step-therapy.html).

También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.

El **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura** explica nuestro beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios y las reglas que usted debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos.

El **Capítulo 6** de su **Evidencia de Cobertura** ofrece más información sobre la **Explicación de Beneficios** (EOB) y cómo le ayuda a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.



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


Servicios que paga nuestro plan

<p>Cuidado en un centro de enfermería†</p> <p>Un centro de enfermería (NF) es un lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado. (Esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre.) • sangre, incluso su almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporcionan los centros de enfermería • pruebas de laboratorio que generalmente se realizan en los centros de enfermería • radiografías y otros servicios para radiología que generalmente se realizan en los centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • servicios de un médico/profesional • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas • beneficios de servicios para la vista <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>No se requiere una estadía previa en el hospital.</p>
--	--



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

Servicios que paga nuestro plan

<p>Cuidado en un centro de enfermería[†] (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes de audición • cuidado quiropráctico • servicios de podiatría <p>Por lo general, usted recibe cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de enfermería o un centro comunitario de cuidado • continuo para jubilados en el que estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería). • un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital. 	
<p> Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de cuidado primario. De esa manera, se lo puede manejar junto con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidado primario para saber más.</p>	



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

Servicios que paga nuestro plan

<p>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos (OTP)[†]</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opiáceos (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de dichos medicamentos • asesoramiento relacionado con el consumo de sustancias • terapia individual y de grupo • pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas) • Suministro y administración de los medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) (si corresponde) 	
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros medicamente necesarios que no se encuentran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías • radioterapia (con radioisótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico • suministros quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones • pruebas de laboratorio • sangre, incluso su almacenamiento y administración • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	



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

Servicios que paga nuestro plan

<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre otros servicios, se incluyen: electrocardiogramas (EKG), pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio, y pruebas de esfuerzo. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios–Servicios de radiodiagnóstico, incluidas las radiografías, prestados en el consultorio de un médico o en un centro autónomo (como un centro de radiología o una clínica médica). • Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Entre otros servicios, se incluyen: tomografías especializadas, tomografías computarizadas (CT), tomografías computarizadas por emisión monofotónica (SPECT), tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos de radiología intervencionista (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario). 	
---	--



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

Servicios que paga nuestro plan

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Pagamos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como:

- servicios en un Departamento de Emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios
 - Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si usted necesita ser admitido en el hospital como paciente hospitalizado.
 - A veces, usted puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un paciente ambulatorio.
 - Puede obtener más información sobre el hecho de ser un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio en esta publicación: **[medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf)**.
- pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital
- cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado
- radiografías y otros servicios para radiología facturados por el hospital
- suministros médicos como férulas y yesos
- servicios y exámenes preventivos indicados en la Tabla de Beneficios
- algunos medicamentos que usted no se puede administrar solo



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

Servicios que paga nuestro plan

<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios*</p> <p>Pagamos los servicios de salud mental prestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o un médico con licencia del estado • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un especialista en enfermería clínica • un asesor profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • una enfermera especialista (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes • una Red de Profesionales Médicos Independientes (IPN) (psiquiatras, psicólogos o Enfermeras de Práctica Avanzada [APN]) <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rehabilitación de salud mental para adultos (viviendas grupales y departamentos supervisados) • servicios de salud mental para pacientes ambulatorios (servicios hospitalarios/clínicos) • cuidado parcial y manejo de medicamentos 	
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios*</p> <p>Pagamos fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los Departamentos para Pacientes Ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes, los centros para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p>	



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

Servicios que paga nuestro plan

Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios*

Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:

- asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol
- tratamiento del abuso de drogas
- terapia individual o de grupo a cargo de un profesional clínico calificado
- desintoxicación de casos subagudos en un programa residencial para adicciones
- servicios para la adicción al alcohol o a las drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- tratamiento con naltrexona (Vivitrol) de liberación prolongada

El plan cubre evaluaciones, referencias, medicamentos con receta y el tratamiento de condiciones en relación con trastornos por consumo de sustancias. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- desintoxicación no médica/manejo de la abstinencia no hospitalario
- tratamiento residencial a corto plazo de trastornos por consumo de sustancias
- manejo ambulatorio de la abstinencia con desintoxicación ambulatoria/control prolongado en el sitio
- cuidado parcial para trastornos por consumo de sustancias
- tratamiento intensivo de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios
- tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios

Este beneficio continúa en la página siguiente



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

Servicios que paga nuestro plan

<p>Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de tratamiento relacionado con opiáceos (tratamiento asistido con metadona y otros medicamentos que no sean metadona) <ul style="list-style-type: none"> - Para obtener información detallada, consulte “Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos (OTP)” anteriormente en esta tabla. • Servicio de Apoyo de Pares para la Recuperación (PRSS) 	
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios*</p> <p>Pagamos servicios y cirugías para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p>	
<p>Servicios para hospitalización parcial*</p> <p>Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que el cuidado que usted recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarle a no tener que quedarse en el hospital.</p>	
<p>Asistencia para el Cuidado Personal (PCA)†</p> <p>Con cobertura para 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.</p>	



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

Servicios que paga nuestro plan

Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico*

Pagamos los siguientes servicios:

- servicios quirúrgicos o para el cuidado de la salud médicamente necesarios prestados en lugares como:
- el consultorio de un médico
- un centro de cirugía ambulatoria certificado
- el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital
- consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista
- exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para saber si usted necesita tratamiento
- Las visitas virtuales médicas o de telesalud son visitas médicas que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de la red que usan tecnología apropiada por Internet junto con transmisión audiovisual en vivo para realizar la visita.
 - No todas las condiciones médicas se pueden tratar a través de visitas virtuales. El médico de visitas virtuales identificará si usted tiene que consultar a un médico en persona para recibir tratamiento.
 - Las Visitas Virtuales de Salud Mental son visitas de salud mental que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de visitas virtuales que usan tecnología por Internet junto con transmisión audiovisual en vivo. Visite liveandworkwell.com/content/es/member/benefits/virtual-visits.html para obtener más información y programar una cita virtual.

Este beneficio continúa en la página siguiente



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

Servicios que paga nuestro plan

Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)

- Los servicios cubiertos incluyen servicios individuales de salud mental.
- No todas las condiciones se pueden tratar a través de visitas virtuales. El proveedor de visitas virtuales identificará si usted tiene que consultar a un proveedor en persona para recibir tratamiento.
- Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud.

Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que actualmente ofrezca los servicios mediante telesalud.

- servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio
- servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral
- servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno concomitante de salud mental
- servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental
- servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal
- consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) de 5 a 10 minutos con su médico

Este beneficio continúa en la página siguiente



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

Servicios que paga nuestro plan

<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su médico, interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas • consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud, si usted no es un paciente nuevo • segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> – cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas – reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales – extracción de dientes antes de la radioterapia del cáncer tumoral – servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico 	
<p>Servicios de podiatría*</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como los dedos en martillo o los espolones calcáneos) • cuidado de los pies de rutina para miembros con condiciones que afectan a las piernas, como la diabetes • plantillas o zapatos terapéuticos para aquellas personas con enfermedad grave de pie diabético, y exámenes para adaptar esos zapatos o plantillas. • exámenes de rutina 	



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


Servicios que paga nuestro plan

<p>Servicios de Enfermería Privada (PDN)[†]</p> <p>Este beneficio es para los beneficiarios menores de 21 años que cumplen los requisitos, viven en la comunidad y cuya condición médica y plan de tratamiento justifican la necesidad. Tiene cobertura para los miembros de cualquier edad que son parte del programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados.</p>	
<p>🍎 Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años (y para los hombres mayores de 40 años con historial familiar de cáncer de próstata u otros factores de riesgo), pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tacto rectal • prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Pagamos las siguientes prótesis y tal vez otras que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • abrazaderas ortopédicas • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) <p>Pagamos algunos suministros relacionados con las prótesis. También pagamos la reparación o el reemplazo de las prótesis. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte la sección Cuidado de la vista más adelante en esta tabla.</p>	



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

Servicios que paga nuestro plan

<p>Servicios de rehabilitación pulmonar*</p> <p>Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave. Usted debe tener una indicación para rehabilitación pulmonar del médico o del proveedor que trate la EPOC.</p>	
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que están en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Un proveedor de cuidado primario debe indicar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagamos hasta dos sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo únicamente si están a cargo de un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben tener lugar en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.</p>	



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

Servicios que paga nuestro plan

<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)[†] Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que usted obtiene como parte de su plan de cuidado, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • sangre, incluso su almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan los centros de enfermería • pruebas de laboratorio que se realizan en los centros de enfermería • radiografías y otros servicios para radiología que se realizan en los centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • servicios de un médico/proveedor • cuidado (de custodia) a largo plazo en un centro de enfermería <p>Por lo general, usted recibe cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de enfermería o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital 	<p>No se requiere una estadía previa en el hospital.</p>
---	--



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

Servicios que paga nuestro plan

Tratamiento del tabaquismo

Si usted usa tabaco, no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco, y desea o necesita dejarlo:

- Pagamos dos intentos de dejar el tabaco en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar el tabaco incluye hasta cuatro visitas de asesoramiento en persona.

Si usted usa tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede verse afectado por el tabaco:

- Pagamos dos intentos de dejar el tabaco con asesoramiento **en un período de 12 meses**. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.

El plan también cubre los productos para dejar de fumar de venta sin receta (OTC), que incluyen chicles de nicotina, pastillas para chupar de nicotina y parches de nicotina.



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

Servicios que paga nuestro plan

Terapia de ejercicios supervisada (SET)

Pagamos la terapia de ejercicios supervisada para miembros que tienen arteriopatía periférica (PAD) sintomática y que cuentan con una referencia del médico responsable del tratamiento de esa enfermedad.

Nuestro plan paga:

- si se cumplen todos los requisitos de la terapia de ejercicios supervisada, hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas
- unas 36 sesiones adicionales con el transcurso del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud las considera médicamente necesarias

El programa de terapia de ejercicios supervisada debe:

- consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la arteriopatía periférica en miembros con calambres de piernas debido a la mala circulación sanguínea (claudicación)
- ser en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico
- ser prestado por personal calificado que se asegure de que el beneficio exceda los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la arteriopatía periférica
- realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica, capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado



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

Servicios que paga nuestro plan

Transporte

El modelo de pago de Tarifa por Servicio de Medicaid cubre directamente el transporte que no es de emergencia.

Los servicios cubiertos incluyen 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).

Todo el transporte que no sea de emergencia se coordina a través del proveedor de transporte del estado, ModivCare. Para programar un transporte, llame a ModivCare al **1-866-527-9933**. También puede pedirles a su proveedor de cuidado primario o a su Administrador del Cuidado de la Salud que le ayuden a hacer los arreglos necesarios para este servicio. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al **1-800-514-4911**.



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

Servicios que paga nuestro plan

Cuidado requerido de urgencia

El cuidado requerido de urgencia es el cuidado que se proporciona para tratar:

- una situación que no es de emergencia, pero que requiere cuidado médico inmediato, o
- una enfermedad repentina, o
- una lesión, o
- una condición que necesita cuidado inmediatamente.

Si usted necesita cuidado requerido de urgencia, primero debe intentar recibirlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda visitar a un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero que no es una emergencia médica).

Nuestro plan cubre servicios para emergencias y servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, en todo el mundo, en las siguientes circunstancias: servicios para emergencias, incluso el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. Los procedimientos preprogramados y los procedimientos electivos no tienen cobertura.



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

Servicios que paga nuestro plan



Cuidado de la vista*

Pagamos los servicios de un médico prestados a pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos, incluido un examen completo de la vista una vez por año para todos los miembros. Por ejemplo, exámenes anuales de la vista para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.

Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, pagamos un examen de glaucoma cada año. Las personas que están en alto riesgo de glaucoma incluyen:

- personas con historial familiar de glaucoma
- personas con diabetes
- afroamericanos mayores de 50 años
- hispanos estadounidenses mayores de 65 años

Para todos los demás miembros mayores de 35 años, un examen de glaucoma tiene cobertura cada cinco años.

Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular.

Si le realizan dos cirugías de cataratas por separado, usted debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par de anteojos después de la primera cirugía.


El plan también cubre lo siguiente:

- servicios de un optometrista y aparatos ópticos, que incluyen ojos artificiales, dispositivos para la baja visión, dispositivos para ejercicios oculares y lentes intraoculares
- lentes y marcos (o lentes de contacto) de reemplazo
 - una vez cada 24 meses para beneficiarios de 19 a 59 años, o
 - una vez por año para beneficiarios de hasta 18 años, o
 - una vez por año para beneficiarios mayores de 60 años



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

Servicios que paga nuestro plan

<p> Visita preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>Cubrimos la visita preventiva Bienvenido a Medicare por única vez. Esta visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesite (incluidos los exámenes de detección y las vacunas), y • referencias para recibir otro cuidado, si lo necesita <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva Bienvenido a Medicare solo durante los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva Bienvenido a Medicare.</p>	
---	--

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare o de NJ FamilyCare.

- Transporte que no es de emergencia, que incluye vehículos de asistencia móvil (mobile assistance vehicles, MAV); servicios de ambulancia con soporte vital básico (basic life support, 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). Medicaid (también conocido como el modelo de pago de Tarifa por Servicio de Medicaid) paga directamente estos servicios.

E1. Cuidados paliativos

Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.



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

Consulte la Tabla de Beneficios de la **Sección D** para obtener más información sobre lo que pagamos mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos.

Por servicios de cuidados paliativos y por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal

- El proveedor de cuidados paliativos factura los servicios a Medicare. Medicare paga los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal

- El proveedor facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos, llame a su administrador del cuidado de la salud para que haga los arreglos necesarios para los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal.

F. Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni NJ FamilyCare

Esta sección explica los beneficios que están excluidos por nuestro plan. Excluidos significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los pagan.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ningún caso, y otros que excluimos solamente en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que aparecen en esta sección (o en cualquier otra parte de esta **Evidencia de Cobertura**), excepto en los casos específicos indicados. Aunque usted reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted piensa que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- servicios que no se consideren razonables y médicamente necesarios, según las normas de Medicare y NJ FamilyCare, salvo que los indiquemos como servicios cubiertos



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

- tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague
- habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria
- artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar
- servicios o procedimientos para mejoras electivas o voluntarias (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, función sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, prevención del envejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía estética u otros procedimientos estéticos, salvo cuando sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico
- cuidado quiropráctico, excepto la manipulación manual de la columna vertebral según las pautas de cobertura, y según lo descrito en la sección Servicios Quiroprácticos de la Tabla de Beneficios de la **Sección D**
- cuidado de los pies de rutina, excepto según lo descrito en la sección Servicios de podiatría de la Tabla de Beneficios de la **Sección D**
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y se incluyan en el costo de la abrazadera, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético
- dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
- queratotomía radial y cirugía LASIK
- reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta
- servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales)
- servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA)



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

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos con
receta para pacientes ambulatorios

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Estos medicamentos son los que le indica su proveedor y que usted obtiene en una farmacia o una farmacia de pedidos por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y por NJ FamilyCare. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se detallan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare**, que generalmente incluyen medicamentos que le administran mientras usted esté en un hospital o en un centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare**, que incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones que le administran durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, y los medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y de los beneficios médicos del plan, es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos si usted está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección F**, “Si está en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare”, del **Capítulo 5**.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Habitualmente, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección.

Un médico u otro proveedor debe emitir su receta, que debe ser válida conforme a la ley estatal vigente. Esta persona, a menudo, es su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de cuidado primario le dio una referencia para que usted reciba cuidado.

El profesional que le receta no debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare.

Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta.

Su medicamento recetado debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** de nuestro plan.



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

Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.

- Si no está en la “Lista de Medicamentos”, es posible que lo cubramos si hacemos una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo solicitar una excepción.

Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Es posible que su médico pueda ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado.

A.	Cómo surtir sus recetas	113
A1.	Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red.....	113
A2.	Use su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta una receta	113
A3.	Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red.....	113
A4.	Qué puede hacer si su farmacia deja la red.....	113
A5.	Uso de una farmacia especializada	114
A6.	Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos.....	114
A7.	Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos.....	116
A8.	Uso de una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan.....	116
A9.	Cómo obtener el reembolso del costo de un medicamento con receta.....	117
B.	La “Lista de Medicamentos” de nuestro plan	117
B1.	Medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”	118
B2.	Cómo buscar un medicamento en nuestra “Lista de Medicamentos”	118
B3.	Medicamentos que no están en nuestra “Lista de Medicamentos”	118
C.	Límites en algunos medicamentos	120
D.	Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto	121
D1.	Cómo obtener un suministro temporal	121
D2.	Cómo pedir un suministro temporal.....	123
D3.	Cómo solicitar una excepción	123
E.	Cambios en la cobertura de sus medicamentos	123



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

F.	Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	125
F1.	En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan	125
F2.	En un centro de cuidado a largo plazo	126
F3.	En un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare	126
G.	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos	126
G1.	Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura.....	126
G2.	Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos.....	127
G3.	Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opiáceos	128



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

A. Cómo surtir sus recetas

A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos con receta solamente cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que ha convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Usted puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para buscar una farmacia de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su administrador del cuidado de la salud.

A2. Use su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su Tarjeta de ID de Miembro** en su farmacia de la red.

La farmacia de la red nos factura su medicamento con receta cubierto.

Si no tiene consigo su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando pase a retirarlo. Luego puede pedirnos que le hagamos un reembolso. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicio al Cliente.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para pedirnos que le hagamos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio al Cliente o con su administrador del cuidado de la salud.

A3. Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con Servicio al Cliente.

A4. Qué puede hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red de nuestro plan, usted tiene que buscar una nueva farmacia de la red.

Para buscar una nueva farmacia de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su administrador del cuidado de la salud.



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

A5. Uso de una farmacia especializada

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está dentro de nuestra red o si usted tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano. Excepto en situaciones de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos a ciertos sitios o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente.)

Para buscar una farmacia especializada, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente.

A6. Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un **suministro de 100 días**.

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias**, donde podrá buscar las farmacias con servicio de medicamentos por correo dentro de nuestra red. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no esté dentro de la red del plan, su medicamento con receta no tendrá cobertura.

Generalmente, los medicamentos de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo le llegan **en un plazo no mayor de 10 días hábiles**. Si su receta está registrada en su farmacia local, visite su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico o proveedor que llame al farmacéutico y autorice una nueva receta. O su farmacéutico puede llamar al consultorio médico por usted para solicitar la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda para Farmacias al **1-877-889-6510**, (TTY) **711**, las



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

24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene algún problema, pregunta o inquietud, o si necesita anular un reclamo por una receta demorada.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia automáticamente surte las nuevas recetas que reciba de usted y le entrega los medicamentos.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

La farmacia automáticamente surte las nuevas recetas que reciba de proveedores de cuidado de la salud y le entrega los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted usó servicios de pedidos por correo de nuestro plan, o
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora mismo o en cualquier momento, por teléfono o por correo.

Si anteriormente usted usó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia automáticamente surta cada nueva receta y le envíe los medicamentos, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

Si nunca usó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide cancelar el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunica con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para saber si usted desea que se surta y se le envíe el medicamento inmediatamente.

- Esto le da la oportunidad de confirmar que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permite cancelar o posponer el pedido antes de que se lo envíen.
- Responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para indicarles lo que deben hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Para cancelar las entregas automáticas de medicamentos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros 10 días antes de que se envíe su pedido o puede avisar a la farmacia cuando le notifique un próximo envío.

3. Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo

Para los resurtidos de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos. En este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido



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

automáticamente cuando nuestros registros indican que se le debería estar por acabar su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de su medicamento o si le cambiaron el medicamento.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtidos automáticos, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se le agote su medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar nuestro programa que automáticamente prepara los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros 10 días antes de que se envíe su pedido o puede avisar a la farmacia cuando le notifique un próximo envío.

Indique a la farmacia cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted para que esta pueda confirmar su pedido antes de hacer el envío.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento de la “Lista de Medicamentos” de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. El **Directorio de Proveedores y Farmacias** le indica las farmacias que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Servicio al Cliente.

Puede usar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

A8. Uso de una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red **solamente** cuando usted no puede usar una farmacia de la red. **Primero consulte a Servicio al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cercana.

Pagamos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Medicamentos con receta para una Emergencia médica
- Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, y los medicamentos están incluidos en nuestro Formulario sin restricciones y no están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare



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

- **Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio**

Si usted toma un medicamento con receta con regularidad y va a realizar un viaje, asegúrese de verificar el suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de la farmacia de nuestra red con servicio de medicamentos por correo o a través de otras farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber cómo pedir sus medicamentos con receta con anticipación.

- Si está viajando dentro de los Estados Unidos y se enferma o se queda sin medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si usted sigue todas las demás reglas de cobertura.
- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta que no está disponible regularmente en una farmacia de pedidos por correo ni en una farmacia minorista accesible de la red (incluso los medicamentos de alto costo y muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un Departamento de Emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.

En estos casos, primero consulte a Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia de la red cercana.

A9. Cómo obtener el reembolso del costo de un medicamento con receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total cuando obtenga su medicamento con receta. Puede pedirnos que le hagamos un reembolso.

Para obtener más información sobre este tema, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.

B. La “Lista de Medicamentos” de nuestro plan

Tenemos una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.

Elegimos los medicamentos de la “Lista de Medicamentos” con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La “Lista de Medicamentos” también indica las reglas que usted debe seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubrimos un medicamento de la “Lista de Medicamentos” de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que explicamos en este capítulo.



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

B1. Medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”

Nuestra “Lista de Medicamentos” incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos productos y medicamentos con receta y sin receta (over-the-counter, OTC) cubiertos por NJ FamilyCare.

Nuestra “Lista de Medicamentos” incluye medicamentos genéricos y de marca.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En nuestra “Lista de Medicamentos”, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Hable con su proveedor si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o uno de marca satisfarán sus necesidades.

Nuestro plan también cubre ciertos productos y medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta cuestan menos que los medicamentos con receta y surten exactamente el mismo efecto. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

B2. Cómo buscar un medicamento en nuestra “Lista de Medicamentos”

Para saber si un medicamento que toma está en nuestra “Lista de Medicamentos”, puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan en **es.myuhc.com/CommunityPlan**. La “Lista de Medicamentos” de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a Servicio al Cliente para saber si un medicamento está en nuestra “Lista de Medicamentos” o para pedir una copia de la lista.
- Usar nuestra “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) en **es.myuhc.com/CommunityPlan** o llamar a Servicio al Cliente. Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la “Lista de Medicamentos” para obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay medicamentos alternativos en dicha “Lista” que podrían tratar la misma condición.

B3. Medicamentos que no están en nuestra “Lista de Medicamentos”

No cubrimos todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en nuestra “Lista de Medicamentos” porque la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento en nuestra “Lista de Medicamentos”.



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

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección, llamados **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que usted deba pagarlo de su bolsillo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

Tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y de NJ FamilyCare) no puede pagar un medicamento que ya cubra la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre sin costo los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o contar con el respaldo de ciertas referencias médicas como tratamiento de su condición. Para tratar su condición, su médico puede recetarle un cierto medicamento, aunque no esté aprobado para tratar dicha condición. Esto se llama uso fuera de la indicación aprobada. Nuestro plan habitualmente no cubre los medicamentos recetados para un uso fuera de la indicación aprobada.

Además, por ley, ni Medicare ni NJ FamilyCare pueden cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación.

- medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío
- medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia o para bajar o subir de peso
- medicamentos para pacientes ambulatorios que fabrica una compañía que dice que usted debe recibir exámenes o servicios prestados solamente por ellos



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

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas le alientan a obtener un medicamento que sea seguro y eficaz para su condición médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo surte exactamente el mismo efecto que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si hay una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Por ejemplo, su proveedor primero tendría que informarnos cuál es su diagnóstico o presentar los resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se debería aplicar a su situación, soliciten que hagamos una excepción. Podríamos aceptar o no permitirle el uso del medicamento sin tomar las medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento “genérico” surte el mismo efecto que un medicamento de marca y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le dan la versión genérica.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos informó la razón médica por la que el medicamento genérico no le surtirá efecto a usted o si escribió “No substitutions” (Sin sustitución) en su receta de un medicamento de marca o si nos informó la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le surtirán efecto, cubrimos el medicamento de marca.

2. Obtener la preaprobación del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, queremos que usted pruebe medicamentos de menor costo que surten el mismo efecto antes de que cubramos medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el



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

medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que requiramos que usted pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A **no** le surte efecto, cubrimos el medicamento B. A esto se le llama terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de las reglas indicadas anteriormente se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte nuestra “Lista de Medicamentos”. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente o consulte nuestro sitio web en es.myuhc.com/CommunityPlan. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura debido a alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de la **Evidencia de Cobertura**.

D. **Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto**

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto en la manera que usted desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento quizás no esté en nuestra Lista de Medicamentos. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted desea tomar. Podría ser que un medicamento sea nuevo y que aún no lo hayamos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites de cobertura. Según se explicó en la **Sección C**, algunos medicamentos que nuestro plan cubre tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que le receta podrían desear solicitarnos una excepción.

Hay cosas que usted puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea.

D1. **Cómo obtener un suministro temporal**

En algunos casos, podemos ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si no está en nuestra “Lista de Medicamentos” o si tiene alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o de pedirnos que cubramos el medicamento.



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

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, usted debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - deja de estar en nuestra “Lista de Medicamentos” o
 - nunca estuvo en nuestra “Lista de Medicamentos” o
 - ahora tiene alguna limitación.
2. Su situación debe ser una de las siguientes:
 - Usted estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
 - Usted es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
 - Ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días o menos si su receta indica menos días. Este es un suministro adicional al suministro temporal indicado anteriormente.
 - **Para aquellos miembros actuales con cambios en el nivel de cuidado:** Podría haber transiciones no planificadas, como altas del hospital o cambios en el nivel de cuidado, que ocurran después de los primeros 90 días a partir de su inscripción como miembro de nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no está en nuestro formulario o sus



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

posibilidades de obtener sus medicamentos están limitadas, debe usar el proceso de excepción del plan. Puede pedir un suministro temporal por única vez de 30 días como máximo que le permita tener tiempo para analizar tratamientos alternativos con su médico o solicitar una excepción al formulario.

D2. **Cómo pedir un suministro temporal**

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le acabe su suministro. Sus opciones son:

- Cambie el medicamento por otro.

Nuestro plan podría cubrir un medicamento diferente que le surta efecto. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

○

- Solicite una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, pueden pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra “Lista de Medicamentos” o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción si dice que usted tiene una buena razón médica para hacerlo.

D3. **Cómo solicitar una excepción**

Si un medicamento que usted toma se quitará de nuestra “Lista de Medicamentos” o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le avisamos si el próximo año habrá algún cambio en la cobertura de su medicamento. Solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento el próximo año de la manera en que usted quisiera.
- Respondemos a su solicitud de excepción **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 obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente.

E. **Cambios en la cobertura de sus medicamentos**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos” durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:



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

- Decidir exigir o no exigir una preaprobación (prior approval, PA) para un medicamento (permiso antes de poder obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad que usted puede obtener de un medicamento (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si usted toma un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- aparezca un medicamento nuevo más barato en el mercado que surta el mismo efecto que un medicamento de nuestra “Lista de Medicamentos” actual, o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- se retire un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que ocurre cuando cambia nuestra “Lista de Medicamentos”, usted siempre puede:

- Consultar nuestra “Lista de Medicamentos” actualizada en Internet en **es.myuhc.com/CommunityPlan** o
- Llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para consultar nuestra “Lista de Medicamentos” actualizada.

Algunos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos” suceden **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico comienza a estar disponible.** A veces, aparece un nuevo medicamento genérico en el mercado que surte el mismo efecto que un medicamento de marca de nuestra “Lista de Medicamentos” actual. En esos casos, es posible que quitemos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviamos información sobre el cambio específico una vez que lo hacemos.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviamos un aviso con los pasos que puede dar para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitamos de nuestra “Lista de Medicamentos”. Si usted



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

está tomando el medicamento, le avisamos. El profesional que le receta también se enterará de este cambio y podrá colaborar con usted para buscar otro medicamento para su condición.

Podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisamos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”. Estos cambios podrían suceder si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos emite una nueva regla o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando ocurren estos cambios:

- Le avisamos al menos 30 días antes de realizar el cambio en nuestra “Lista de Medicamentos” o
- Le avisaremos y le daremos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted pida un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra “Lista de Medicamentos” que usted puede tomar en su lugar o
- Si debería solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

Podemos hacer cambios en los medicamentos que usted toma y que no le afectan ahora. Para esos cambios, si usted está tomando un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que usted está tomando o limitamos su uso, el cambio no afecta su uso del medicamento durante el resto del año.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Usted no pagará un copago. Una vez que deja el hospital o el centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.



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

F2. En un centro de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias** para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si la farmacia no es de nuestra red o si usted necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente.

F3. En un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que usted esté inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesite un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico que su centro de cuidados paliativos no cubre porque no está relacionado con su pronóstico y sus condiciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras en la entrega de medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, usted puede pedir al profesional que le receta o a su proveedor de cuidados paliativos que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que surta su receta.

Si se va del centro de cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que usted dejó el centro.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que tratan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.

G. Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores en los medicamentos o medicamentos que:



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

- tal vez no sean necesarios porque usted toma otro medicamento que surte el mismo efecto
- tal vez no sean seguros para su edad o sexo
- podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- tengan ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico
- tengan cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opiáceos

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos con receta, colaboramos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades complejas de salud. En tales casos, usted podría cumplir los requisitos para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo de terapias de medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa ayuda a que usted y su proveedor se aseguren de que sus medicamentos estén surtiendo efecto para mejorar su salud. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre:

- cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- cualquier duda que usted tenga, por ejemplo, sobre los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento con receta y sin receta

Luego, le darán:

- Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma, cuánto toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre las maneras seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

Es conveniente que hable con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud.
- Lleve consigo su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.



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

Los programas de manejo de terapias de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, le inscribimos en el programa y le enviamos información. Si usted no desea participar en el programa, háganoslo saber y le retiraremos de este.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente o con su administrador del cuidado de la salud.

G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opiáceos

Nuestro plan cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos de ciertas farmacias o de ciertos médicos
- Limitar la cantidad de esos medicamentos que cubrimos para usted

Si pensamos que deberíamos aplicarle una o más limitaciones, le enviamos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o de una farmacia en particular.

Usted tendrá la posibilidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier información que crea que es importante que nosotros sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted haya tenido la posibilidad de responder, le enviamos otra carta que confirma las limitaciones.

Si piensa que cometimos un error, si no está de acuerdo con que usted esté en riesgo debido al uso indebido de medicamentos con receta o si no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que le receta pueden presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones al acceso a estos medicamentos, automáticamente enviamos su caso a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.)



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

Es posible que el Programa de Administración de Medicamentos no se aplique a su caso si usted:

- tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica,
- está recibiendo cuidados paliativos o para el final de la vida, o
- vive en un centro de cuidado a largo plazo.



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

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus
medicamentos con receta de Medicare
y de NJ FamilyCare (Medicaid)

Introducción

Este capítulo indica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid.

Dado que usted cumple los requisitos de NJ FamilyCare, recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

El programa Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

Para obtener más información sobre medicamentos con receta, puede buscar en los siguientes lugares:

- **Nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos.**
 - La llamamos “Lista de Medicamentos”. Le explica:
 - Qué medicamentos pagamos
 - Si hay algún límite en los medicamentos
 - Si usted necesita una copia de nuestra Lista de Medicamentos, llame a Servicio al Cliente. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en es.myuhc.com/CommunityPlan.
- **Capítulo 5 de su Evidencia de Cobertura.**
 - Explica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos con receta que nuestro plan no cubre.
 - Cuando usted usa la “Real Time Benefit Tool” para buscar la cobertura de medicamentos (**consulte la Sección B2 del Capítulo 5**), el costo que aparece es en “**tiempo real**”, lo que significa que el costo que aparece en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. Para obtener más información, puede llamar a su administrador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente.



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

- Nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

- En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son aquellas que aceptan trabajar con nosotros.
- El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica las farmacias de nuestra red. Para obtener más información sobre las farmacias de la red, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

Índice

A.	La Explicación de Beneficios (EOB)	133
B.	Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos	133
C.	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	135
	C1. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	135
D.	Vacunas	135
	D1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna.....	136
	D2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	136



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

A. La Explicación de Beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos con receta. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **gastos de su bolsillo**. Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta.
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta, más lo que pagamos nosotros.

Cuando usted obtiene medicamentos con receta a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado **Explicación de Beneficios** (EOB). La Explicación de Beneficios no es una factura. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. La Explicación de Beneficios incluye:

- **Información del mes**. El resumen detalla los medicamentos con receta que usted obtuvo durante el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos nosotros, así como lo que pagaron usted y otros que pagan por usted.
- **Información del año hasta la fecha**. Incluye los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando hay alternativas de menor costo disponibles, aparecen en el resumen a continuación de sus medicamentos actuales. Usted puede hablar con el profesional que le receta para saber más.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se toman en cuenta para alcanzar el total de gastos de su bolsillo.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra “Lista de Medicamentos”.

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza, usamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Use su Tarjeta de ID de Miembro

Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y lo que usted paga.



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

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos el costo del medicamento.

Las siguientes son algunas de las ocasiones en las que usted debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene conforme a un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.

3. Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.

Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de ayuda de medicamentos para el sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

4. Revise las Explicaciones de Beneficios que le enviamos.

Cuando reciba una Explicación de Beneficios por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?
- **¿Obtuvo los medicamentos que se indican?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Coinciden con los medicamentos que le recetó su médico?

Para obtener más información, puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) o leer la **Evidencia de Cobertura** de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP).

Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

¿Qué puede hacer si encuentra errores en este resumen?

Si hay algo confuso o que no parece estar bien en esta Explicación de Beneficios, llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP). También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web es.myuhc.com/CommunityPlan.



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

¿Qué se puede hacer ante un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que usted no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP).
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si cree que hay un error o falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. Guarde estas Explicaciones de Beneficios, ya que son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

C. **Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo**

Con nuestro plan, usted no paga nada por medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras reglas. Consulte el **Capítulo 9** de la **Evidencia de Cobertura** para saber cómo presentar una apelación si le dicen que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura** y nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

C1. **Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento**

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 100 días. Un suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura** o nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

D. **Vacunas**

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan. Nuestro plan cubre las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted.



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

D1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente si planea recibir una vacuna.

- Podemos describirle la forma en que nuestro plan cubre su vacuna.

D2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué es la vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en vez de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**, la vacuna no le costará nada a usted.

Las siguientes son tres formas habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y se la aplican allí mismo.
 - Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
 - Por otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
2. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y su médico se la aplica.
 - Usted no paga nada al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la aplicación de la vacuna.
 - En esta situación, el consultorio médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la aplique.
 - Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Por otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la aplicación de la vacuna.



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

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos una
factura que recibió por servicios
o medicamentos cubiertos

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le explica cómo presentar una apelación si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos	139
B.	Cómo enviarnos una solicitud de pago	141
C.	Decisiones de cobertura	142
D.	Apelaciones	142



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

A. Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Usted no debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan sus medicamentos y servicios cubiertos después de que usted los haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) le facturen estos servicios o medicamentos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por cuidado de la salud o medicamentos, no la pague y envíenla.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si cubrimos los servicios o los medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a recibir un reembolso.
 - Si pagó servicios cubiertos por Medicare, le haremos un reembolso.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo diremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente. Si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudar. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que nos pida que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió:

1. Cuando recibe cuidado de la salud de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el total cuando recibe el cuidado, pídanos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si usted ya pagó el servicio de Medicare, le haremos un reembolso.



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

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que usted muestre su Tarjeta de ID de Miembro cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Pero, en ocasiones, cometen errores y le piden a usted que pague sus servicios.

Llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos el costo de sus servicios cubiertos.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ha pasado el primer día de su inscripción. Incluso podría haber sido el año pasado.)

- Si se le inscribió retroactivamente y usted pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le hagamos un reembolso.
- Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su medicamento con receta.

- Solo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red en algunos casos. Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo.
- Para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

5. Cuando paga el costo de un medicamento con receta porque no lleva consigo su Tarjeta de ID de Miembro

Si no lleva consigo su Tarjeta de ID de Miembro, puede pedir a la farmacia que nos llame o que consulte su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que usted tenga que pagar de su bolsillo el costo total del medicamento con receta o volver a la farmacia con su Tarjeta de ID de Miembro.
- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo.



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

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de un medicamento con receta porque no está cubierto.

- Puede suceder que el medicamento no esté en nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos** (“Lista de Medicamentos”) en nuestro sitio web o que tenga un requisito o una restricción que usted desconocía o que piensa que no se aplica a su caso. Si usted decide obtenerlo, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
 - Si no lo paga, pero piensa que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**).
 - Si usted y su médico u otro profesional que receta piensan que usted necesita el medicamento inmediatamente (**en un plazo no mayor de 24 horas**), pueden solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**).
- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo. En algunos casos, es posible que su médico u otro profesional que receta deba proporcionarnos más información para que le reembolsemos el costo del medicamento.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. A esto se le dice tomar una decisión de cobertura. Si decidimos que el servicio o medicamento debería estar cubierto, lo pagamos.

Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare, o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que usted hizo o de un recibo del proveedor. **Es conveniente que haga una copia de su factura y de los recibos para su archivo personal. Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte C (médico) en un plazo no mayor de 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B. **Debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayuda a procesar la información con mayor rapidez.



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

- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (es.myuhc.com/CommunityPlan) o llamar a Servicio al Cliente para pedirlo.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a esta dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D
UnitedHealthcare
PO Box 5250
Kingston, NY 12402-5250

Solicitudes de pago de reclamos médicos
UnitedHealthcare
PO Box 5250
Kingston, NY 12402-5250

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento.

- Si necesitamos que nos proporcione más información, le avisaremos.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y usted siguió todas las reglas para recibirlo, lo pagaremos. Si usted ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por correo por lo que pagó. Si no pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura** explica las reglas para que sus servicios estén cubiertos. El **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura** explica las reglas para que sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al denegar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le dice presentar una apelación.

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.



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

- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un servicio para el cuidado de la salud, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un medicamento, consulte la **Sección G**.



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

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	146
B.	Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	147
C.	Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)	148
	C1. Cómo protegemos su información de salud personal.....	148
	C2. Su derecho a consultar sus registros médicos.....	148
D.	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	149
E.	Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted	150
F.	Su derecho a dejar nuestro plan	150
G.	Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud	150
	G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones.....	150
	G2. Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo	151
	G3. Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones.....	152
H.	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	152
	H1. Qué puede hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos.....	152
I.	Sus responsabilidades como miembro del plan	153



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

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que todos los servicios se le presten de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Cada año que usted esté inscrito en nuestro plan, debemos informarle sus derechos.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además de inglés y en formatos como en letra grande, braille o en audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, escriba o llame a Servicio al Cliente.

UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) Customer Service Department
PO Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769

También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted.

- Para que le proporcionemos información de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente a su administrador del cuidado de la salud.
- Para mantener su información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y correspondencia, comuníquese con su administrador del cuidado de la salud o llame a Servicio al Cliente.
- Para cambiar su solicitud permanente de idioma o formato preferido, comuníquese con su administrador del cuidado de la salud o llame a Servicio al Cliente.

Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad, y desea presentar una queja, llame:

- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Para presentar una queja ante NJ FamilyCare (Medicaid), puede llamar al **1-800-701-0710**, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Puede visitar el sitio web de Medicaid (state.nj.us/humanservices/dmahs/).
- A la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**.



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

Si tiene alguna dificultad para obtener información de parte de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal ante Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía). También puede presentar una queja ante Medicare si llama al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o con esta correspondencia o, para obtener información adicional, puede comunicarse con Servicio al Cliente. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

B. Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como proveedor de cuidado primario y cómo elegir uno en el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**.
 - Llame a Servicio al Cliente o consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para saber más sobre los proveedores de la red y sobre qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia. Una referencia es una aprobación de su proveedor de cuidado primario para usar otro proveedor.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red **en un plazo razonable**.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede recibir servicios **en un plazo razonable**, debemos pagar el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios para emergencias o cuidado requerido de urgencia sin una preaprobación (PA).
- Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**.

El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** explica lo que puede hacer si usted cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos **en un plazo razonable**. También explica lo que puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.



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

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)

Protegemos su información de salud personal según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su información de salud personal incluye los datos que nos dio cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información de salud personal. Nosotros le entregamos un aviso por escrito, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal. El aviso se llama “Aviso de Prácticas de Privacidad”.

C1. Cómo protegemos su información de salud personal

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización consulte ni modifique sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le damos su información de salud personal a nadie que no le proporcione o pague su cuidado. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su permiso por escrito.

A veces, no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones:

- Debemos divulgar información de salud personal a las agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado de nuestro plan.
- Debemos divulgar información de salud personal por orden judicial.
- Debemos dar su información de salud personal a Medicare. Si Medicare divulga su información de salud personal con fines de investigación o para otros usos, lo hace según las leyes federales.

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos

- Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboramos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su información de salud personal con terceros y de qué manera lo hacemos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.



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

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le proporcionemos información sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicio al Cliente. Este servicio es gratuito para usted. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o en audio.

Si usted desea obtener información sobre algo de lo siguiente, llame a Servicio al Cliente:

- Cómo elegir o cambiar un plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - el número de apelaciones presentadas por los miembros
 - cómo dejar nuestro plan
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluido lo siguiente:
 - cómo elegir o cambiar un proveedor de cuidado primario
 - títulos académicos y habilitaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - cómo pagamos a los proveedores dentro de nuestra red
- Los servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de su **Evidencia de Cobertura**) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de su **Evidencia de Cobertura**) cubiertos por nuestro plan
 - límites en su cobertura y sus medicamentos
 - reglas que usted debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**), lo que incluye pedirnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiemos una decisión que tomamos
 - paguemos una factura que usted recibió



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

E. Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores dentro de nuestra red no pueden hacerle pagar servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si nosotros pagamos menos de lo que cobraron los proveedores. Para saber qué puede hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarle a quedarse en nuestro plan si usted no lo desea.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios para el cuidado de la salud a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos con receta o de otro plan Medicare Advantage.
- Consulte el **Capítulo 10** de su **Evidencia de Cobertura**:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos con receta o Medicare Advantage.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de NJ FamilyCare si deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a recibir información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud que le ayude a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado. Debemos informarle por anticipado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a usar otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.



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

- **Negarse.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Usted tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si se niega a recibir un tratamiento o si deja de tomar un medicamento recetado, no le daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda.
- **Pedirnos una explicación de por qué un proveedor se negó a atenderle.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le denegó el cuidado que usted piensa que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que le denegamos o que generalmente no cubrimos.** A esto se le llama decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas. Antes de que le ocurra esto, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **otorgarle a otra persona el derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted.**
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo del cuidado de su salud si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo, incluso sobre el cuidado que usted **no** desea.

El documento legal que usted usa para dar las instrucciones se llama instrucciones por anticipado. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y tienen distintos nombres. Por ejemplo, hay un testamento vital y un poder legal para el cuidado de la salud.

Usted no está obligado a tener instrucciones por anticipado, pero puede hacerlo. Si desea usar instrucciones por anticipado, tiene que hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle el formulario a su médico, a un abogado, a una agencia de servicios legales o a un trabajador social. Las farmacias y los consultorios de los proveedores suelen tener los formularios. Usted puede encontrar un formulario gratuito en Internet y descargarlo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir el formulario.
- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado o alguien de su confianza, como un familiar o su proveedor de cuidado primario, le ayude a llenarlo.



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

- **Entregue copias a las personas que deban tener conocimiento.** Debería entregarle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Sería conveniente que distribuya copias a sus amigos íntimos o a sus familiares. Guarde una copia en su domicilio.
- Si usted será hospitalizado y tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado, **lleve una copia con usted al hospital.**
 - En el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado y si lo tiene con usted.
 - Si no tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado, el hospital tiene formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Pedir que se incluyan sus instrucciones por anticipado en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones por anticipado en cualquier momento.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

G3. Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud por teléfono al **1-800-701-0710**, TTY **711**, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes.

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** le explica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan presentaron contra nosotros. Llame a Servicio al Cliente para obtener esta información.

H1. Qué puede hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si usted cree que le tratamos injustamente — y no es un asunto de discriminación por los motivos que se indican en el **Capítulo 11** de su **Evidencia de Cobertura** — o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar:

- A Servicio al Cliente.



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

- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud al **1-800-792-8820**. Para obtener más información detallada sobre el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, consulte la Sección C del **Capítulo 2**.
- Al Programa del Ombudsman al **1-800-446-7467**. Para obtener más información detallada sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura**.

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**. (También puede leer o descargar la publicación Sus Derechos y Protecciones en Medicare, que se encuentra en el sitio web de Medicare en [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)

También puede comunicarse con el programa New Jersey Medicaid para recibir ayuda. Puede llamar a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Humanos de New Jersey al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Leer la Evidencia de Cobertura** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener información detallada sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su **Evidencia de Cobertura**. Estos capítulos explican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y lo que usted paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su **Evidencia de Cobertura**.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta** que tenga. Debemos asegurarnos de que usted use todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de la salud. Si usted tiene otra cobertura, llame a Servicio al Cliente.
- **Informar a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y otros proveedores de cuidado de la salud a proporcionarle el mejor cuidado.
 - Deles la información que necesiten sobre usted y sobre su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus proveedores acuerden.



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

-
- Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
 - **Ser considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
 - **Pagar lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación.)
 - **Avisarnos si se muda.** Si planea mudarse, avísenos inmediatamente. Llame a Servicio al Cliente o a su administrador del cuidado de la salud.
 - **Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir en nuestro plan.** Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de su **Evidencia de Cobertura** explica nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a saber si usted se mudará fuera de nuestra área de servicio.
 - Informe su nueva dirección a Medicare y a NJ FamilyCare cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura** para ver los números de teléfono de Medicare y de NJ FamilyCare.
 - **Si se muda, pero sigue estando dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - **Llamar a Servicio al Cliente para recibir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**



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

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber lo que puede hacer si:

- Tiene un problema con su plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan le ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan tomó sobre su cuidado.
- Cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación.**

A.	Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud.....	159
	A1. Información sobre los términos legales	159
B.	Dónde recibir ayuda.....	159
	B1. Para obtener más información y ayuda.....	159
C.	Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y NJ FamilyCare en nuestro plan	160
D.	Problemas con sus beneficios	161
E.	Decisiones de cobertura y apelaciones	161
	E1. Decisiones de cobertura.....	161
	E2. Apelaciones	162
	E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	162
	E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle	163
F.	Cuidado médico	163
	F1. Cómo usar esta sección	164



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

F2.	Cómo solicitar una decisión de cobertura	165
F3.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	167
F4.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	171
F5.	Problemas de pago	177
G.	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.....	178
G1.	Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare	179
G2.	Excepciones de la Parte D de Medicare	180
G3.	Información importante sobre la solicitud de una excepción	181
G4.	Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción	182
G5.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	184
G6.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	186
H.	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada.....	188
H1.	Cómo se enterará de sus derechos de Medicare.....	189
H2.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	190
H3.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	192
H4.	Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1.....	192
H5.	Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2.....	193
I.	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos.....	194
I1.	Aviso antes de que termine su cobertura	194
I2.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	195
I3.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	196
I4.	Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1.....	197
I5.	Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2.....	198
J.	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	199
J1.	Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare	199
J2.	Apelaciones adicionales ante NJ FamilyCare	200
J3.	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D de Medicare.....	200



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

K.	Cómo presentar una queja.....	201
K1.	Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas	201
K2.	Quejas internas	203
K3.	Quejas externas	204



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

A. Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo resolver problemas e inquietudes. El proceso que usted debe usar depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones**, y otro para **presentar quejas**, también llamadas quejas formales.

Para asegurar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

A1. Información sobre los términos legales

En este capítulo, hay términos legales para algunas reglas y plazos. Dado que muchos de estos términos pueden ser difíciles de comprender, usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. También usamos la menor cantidad de siglas posible.

Por ejemplo, decimos:

- Presentar una queja en lugar de presentar una queja formal
- Decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, determinación de beneficios, determinación en riesgo o determinación de cobertura
- Decisión de cobertura rápida en lugar de determinación rápida
- Organización de Revisión Independiente (IRO) en lugar de Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE)

Conocer los términos legales correctos puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.

B. Dónde recibir ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, es complicado iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede suceder que usted no tenga la información necesaria para dar el próximo paso.

Ayuda de parte del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud. Los asesores de dicho programa pueden responder sus preguntas y explicarle qué hacer con respecto a su problema. El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Este programa cuenta con asesores capacitados en cada condado, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es el **1-800-792-8820 (TTY: 711)**.



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

Ayuda e información de parte de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. A continuación, encontrará dos maneras de recibir ayuda de Medicare:

- Llamar 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**.
- Visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov).

Ayuda e información de parte de la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Humanos de New Jersey (el programa New Jersey Medicaid)

Para recibir ayuda e información de parte de la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (el programa New Jersey Medicaid), puede llamar al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**. También puede visitar el sitio web en state.nj.us/humanservices/dmahs.

C. Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y NJ FamilyCare en nuestro plan

Usted tiene Medicare y NJ FamilyCare. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y de NJ FamilyCare. A veces, se le llama proceso integrado porque combina, o integra, los procesos de Medicare y de NJ FamilyCare.

En ocasiones, los procesos de Medicare y de NJ FamilyCare no se pueden combinar. En esas situaciones, se usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de NJ FamilyCare. La **Sección F4** explica estas situaciones.



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

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para sus problemas o sus quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas sobre si el cuidado médico o los medicamentos con receta en particular tienen cobertura o no, y la manera en que están cubiertos, así como los problemas sobre el pago del cuidado médico o de los medicamentos con receta.

Sí.

Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la **Sección E**, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.

No.

Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura.

Consulte la **Sección K**, “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación trata los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura. También incluye los problemas con el pago.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura de servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan le refiere a un especialista médico fuera de la red, esta referencia se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico o que el servicio al que le refirieron no tiene cobertura en ningún caso (consulte la **Sección H del Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o de si podemos negarnos a proporcionarle el cuidado médico que usted cree que necesita. **Si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**



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

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura para usted. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura, o que ya no se lo cubre Medicare ni NJ FamilyCare. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Si usted apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Los revisores que se encargan de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando terminamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio médico, o un medicamento de la Parte B de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le dará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le dará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- A **Servicio al Cliente** a los números que se encuentran al final de la página.
- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP), con el que puede comunicarse al **1-800-792-8820 (TTY: 711)**.

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

- **A su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en nombre de usted.
- **A un amigo o un familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **A un abogado.** Usted tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. Algunas asociaciones legales le prestarán servicios legales gratuitos si usted califica.

Llene el formulario de Nombramiento de un Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a una persona a actuar por usted.

Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página y pida el formulario de “Nombramiento de un Representante”. También puede obtener el formulario en [cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf). **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Proporcionamos información detallada de cada una en una sección aparte de este capítulo.

Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Cuidado médico”
- **Sección G**, “Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solamente se aplica a los siguientes servicios: cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios [CORF].)

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

F. Cuidado médico

Esta sección explica lo que usted puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos el costo de su cuidado.



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

Esta sección trata de sus beneficios de cuidado y servicios médicos, que se describen en el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**. Generalmente, nos referimos a cobertura de cuidado médico o cuidado médico en el resto de esta sección. El término cuidado médico incluye artículos y servicios médicos, servicios para la salud del comportamiento y Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, que son medicamentos administrados por su médico o profesional de cuidado de la salud. Se pueden aplicar diferentes reglas a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicamos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las reglas para los artículos y servicios médicos.

F1. Cómo usar esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desean proporcionarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Usted recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Usted recibió y pagó cuidado médico que creía que cubríamos, y desea que le hagamos un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura de cierto cuidado médico, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el cuidado médico. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es de cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para saber más.
- Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o interrupción de su cobertura de cierto cuidado médico, use esta sección (**Sección F**) como guía.



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

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Si una decisión de cobertura está relacionada con su cuidado médico, se llama **determinación de la organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- Por teléfono: **1-800-514-4911**, TTY: **711**.
- Por escrito: UnitedHealthcare Customer Service Department (Determinaciones de la Organización)
PO Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar”, a menos que aceptemos usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta sobre un:

- Artículo o servicio médico **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
- Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

Si se trata de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.**

Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de tomarnoslos. Si presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja **en un plazo no mayor de 24 horas**. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para decisión de cobertura rápida es **determinación rápida**.

Si necesita que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado médico y su salud requiere una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre un:



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

- Artículo o servicio médico **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
- Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.

Si se trata de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si nos damos cuenta de que falta información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos la información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.**

Si usted piensa que **no** deberíamos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomárnoslos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Solicita la cobertura de cuidado médico que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de cuidado médico que ya recibió.
- Los plazos estándar **podrían afectar gravemente a su salud** o perjudicar su capacidad funcional.

Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, se la concedemos automáticamente. Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, decidimos si se la concedemos.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta para comunicárselo y, en cambio, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, se la concedemos automáticamente.
 - Cómo usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si Denegamos de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones.



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

- Si **Denegamos** su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podríamos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en las que una solicitud será desestimada incluyen:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien la presenta en nombre de usted, pero no está autorizado legalmente a hacerlo, o
- si usted pide que se la retire.

Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se explican en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al **1-800-514-4911** y TTY **711**.

Para solicitar una apelación estándar o una apelación rápida, escríbanos o llámenos al **1-800-514-4911** y TTY **711**.

- Si su médico u otro profesional que receta solicita que un artículo o servicio que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, es posible que usted deba nombrarle como su representante para que actúe en nombre de usted.
- Si la persona que presenta la apelación por usted no es su médico, incluya un formulario de Nombramiento de un Representante que le autorice a representarle. Puede obtener el formulario en [cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf).
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario **en un plazo no mayor de 44 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación:
 - Desestimamos su solicitud, y
 - Le enviamos un aviso por escrito que explica su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.



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

- Usted debe solicitar una apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si se le pasa el plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual se demoró en presentarla.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para apelación rápida es **reconsideración rápida**.

Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado que no recibió, usted o su médico deciden si usted necesita una apelación rápida.

Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, se la concedemos automáticamente. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de su médico, decidimos si se la concedemos.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta para comunicárselo y, en cambio, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Que, si su médico solicita una apelación rápida, se la concedemos automáticamente.
 - Cómo usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le decimos que interrumpiremos o reduciremos los artículos o servicios que usted ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un artículo o servicio que usted recibe, le enviamos un aviso antes de entrar en acción.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si usted solicita una Apelación de Nivel 1 **en un plazo no mayor de 10 días calendario** a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que sea posterior.
 - Si usted cumple este plazo, recibirá el artículo o servicio sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.



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

- También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean el motivo de su apelación) sin cambios.
- Si no apela antes de esas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras usted espera la decisión sobre su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos otra vez detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura de cuidado médico.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** o cuando terminen los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, le explicamos sobre esta organización y el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2 ante el estado en cuanto venza el plazo. En New Jersey, usted tiene dos opciones de apelaciones de Nivel 2. La primera se llama apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente (Independent Utilization Review Organization, IURO) del estado. La otra opción se llama Audiencia Imparcial. La **Sección F4** incluye una explicación detallada de estas dos opciones, que comienza en la página 171.
- **Si Aceptamos de manera total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su apelación.



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

- **Si Denegamos de manera total o parcial su solicitud**, enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación por la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no obtuvo, le damos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si usted piensa que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas**. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
 - Si no le damos una respuesta en ese plazo o cuando terminen los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, le explicamos sobre esta organización y el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2 ante el estado en cuanto venza el plazo. En New Jersey, usted tiene dos opciones de apelaciones de Nivel 2. La primera se llama apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente del estado. La otra opción se llama Audiencia Imparcial. La **Sección F4** incluye una explicación detallada de estas dos opciones, que comienza en la página 171.

Si Aceptamos de manera total o parcial su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar **en un plazo no mayor de 30 días calendario** o **en un plazo no mayor de 7 días calendario** si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales**:

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

- Si **Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviamos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le indica que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de NJ FamilyCare, la carta le indica cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **Denegamos** de manera total o parcial su Apelación de Nivel 1, le enviamos una carta. Esta carta le indica si Medicare, NJ FamilyCare o ambos programas habitualmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que suele estar cubierto por Medicare, enviamos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación en cuanto termine la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre NJ FamilyCare, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le explica cómo hacerlo. También incluimos información adicional más adelante en este capítulo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podrían cubrir **tanto Medicare como NJ FamilyCare**, usted obtiene automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.

Si usted calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento que se está apelando también podrían continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente solo cubre NJ FamilyCare, sus beneficios por ese servicio continúan si usted presenta una Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 10 días calendario** después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre Medicare

La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente (IRE)**.



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

- Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió la compañía para que sea la Organización de Revisión Independiente, y Medicare supervisa el trabajo que esta realiza.
- Enviamos información sobre su apelación (el expediente de su caso) a esta organización. Usted tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.
- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si su apelación ante nosotros fue rápida en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si su apelación ante nosotros fue estándar en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta por escrito y le explica los motivos.



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

- **Si la Organización de Revisión Independiente Acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico, debemos:**
 - Autorizar la cobertura de cuidado médico **en un plazo no mayor de 72 horas, o**
 - Prestar el servicio **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes estándar, o**
 - Prestar el servicio **en un plazo no mayor de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes rápidas.**
- **Si la Organización de Revisión Independiente Acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa:**
 - **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes estándar, o**
 - **en un plazo no mayor de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes rápidas.**
- **Si la Organización de Revisión Independiente Deniega de manera total o parcial su apelación,** significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. A esto se le llama ratificar la decisión o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.
 - Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, un total de cinco niveles.
 - Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted debe decidir si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su Apelación de Nivel 2.
 - Un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado adjudicador está a cargo de una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre Medicaid, o que está cubierto tanto por Medicare como por NJ FamilyCare



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

Una Apelación de Nivel 2 por los servicios que habitualmente cubre NJ FamilyCare le da dos opciones. Una opción es una apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente del estado (IURO). La segunda opción es una Audiencia Imparcial ante el estado. Usted debe solicitar una apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente **en un plazo no mayor de 60 días calendario** desde la fecha en que le enviamos la carta de la decisión de su Apelación de Nivel 1. Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo no mayor de 120 días calendario** desde la fecha en que le enviamos la carta de la decisión de su Apelación de Nivel 1. La carta que recibe de nuestra parte le indica dónde presentar su solicitud de Audiencia Imparcial.

¿Cómo solicito una apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente?

- La Organización de Revisión de la Utilización Independiente (IURO) es una organización independiente contratada por el Departamento de Banca y Seguros (Department of Banking and Insurance, DOBI) del Estado de New Jersey. Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Es elegida por el Departamento de Banca y Seguros para actuar como revisor independiente para apelaciones médicas; este Departamento administra el proceso de apelación de dicha organización. A veces, una revisión de la Organización de Revisión de la Utilización Independiente también se llama apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente o Apelación Externa.
- Por lo general, la Organización de Revisión de la Utilización Independiente no revisará casos basados en los siguientes servicios:
 - programa de vivienda asistida
 - servicios en vivienda asistida - cuando la denegación no se basa en la necesidad médica
 - capacitación para cuidadores/participantes
 - servicios de ayuda para tareas domésticas
 - servicios de transición a la comunidad
 - cuidado de apoyo en el domicilio
 - comidas entregadas a su domicilio
 - asistencia para el cuidado personal (personal care assistance, PCA)
 - relevo del cuidador (diario y por hora)
 - cuidado diurno social
 - programa diario estructurado – cuando la denegación no se basa en la necesidad médica



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

- servicios diurnos de apoyo – cuando la denegación no se basa en el diagnóstico de traumatismo de cráneo (traumatic brain injury, TBI)
- El proceso de apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente es opcional. Usted puede solicitar una apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente y esperar a recibir la decisión de esta organización antes de solicitar una Audiencia Imparcial. O bien, puede solicitar una apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente y una Audiencia Imparcial al mismo tiempo (las solicitudes se presentan ante dos organizaciones diferentes). **No está obligado a solicitar una apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente antes de solicitar una Audiencia Imparcial.**
- Puede solicitar una apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente usted mismo o puede solicitarla su representante autorizado (incluido su proveedor, si actúa en nombre de usted con su consentimiento por escrito).
- Para solicitar una apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente, puede llenar el formulario de Solicitud de Apelación Externa. Junto con la carta de la decisión de su Apelación de Nivel 1, recibirá una copia del formulario de Solicitud de Apelación Externa. Debe enviar este formulario a la siguiente dirección **en un plazo no mayor de 60 días calendario** desde la fecha en que le enviamos la carta de la decisión de su Apelación de Nivel 1:

Maximus Federal – NJ IHCAP
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, New York 14534

También puede enviar el formulario por fax al **585-425-5296** o enviar una copia del formulario llenado por correo electrónico a **stateappealseast@maximus.com**.

- Si apela porque le dijimos que íbamos a interrumpir o reducir los artículos o servicios que usted ya estaba recibiendo, y desea mantener esos servicios o artículos durante su apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente, debe solicitar esta apelación **en un plazo no mayor de 10 días calendario** desde la fecha de la carta de la decisión de su apelación de Nivel 1.
- Si la Organización de Revisión de la Utilización Independiente revisa su caso, tomará una decisión **en un plazo no mayor de 45 días calendario** (o antes si es necesario debido a su condición médica). Si su apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente es una apelación rápida, la organización tomará una decisión **en un plazo no mayor de 48 horas**.



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

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente o necesita ayuda con su solicitud, puede llamar al Departamento de Banca y Seguros de New Jersey al número gratuito **1-888-393-1062** o al **609-777-9470**.

¿Cómo solicito una Audiencia Imparcial?

- Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito **en un plazo no mayor de 120 días calendario** desde la fecha en que le enviamos la carta de la decisión de su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nuestra parte le indicará dónde presentar su solicitud de audiencia.
- Si solicita una Audiencia Imparcial rápida y cumple todos los requisitos para una audiencia “rápida”, la agencia tomará una decisión **en un plazo no mayor de 72 horas** desde que reciba su solicitud de audiencia.
- Sin embargo, si apela porque le dijimos que íbamos a interrumpir o reducir servicios o artículos que usted ya estaba recibiendo, y desea mantener esos servicios o artículos durante su Audiencia Imparcial, debe solicitar **por escrito** en su solicitud de Audiencia Imparcial que sus beneficios continúen y debe enviar su solicitud **en un plazo no mayor de 10 días calendario** desde la fecha de la carta de la decisión de su apelación de Nivel 1.

O, si solicitó una apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente y recibió una decisión adversa antes de solicitar una Audiencia Imparcial, debe enviar esta solicitud por escrito **en un plazo no mayor de 10 días calendario** desde la fecha de la carta que le informaba la decisión adversa de su apelación ante la Organización de Revisión de la Utilización Independiente.

Tenga en cuenta que, si pide que sus servicios o artículos continúen durante una Audiencia Imparcial y la decisión final no es a su favor, es posible que se le exija que pague el costo de los servicios o artículos.

La oficina de Audiencias Imparciales le comunica su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencias Imparciales **Acepta** de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico, debemos autorizarlo o prestarlo **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su decisión.
- Si la oficina de Audiencias Imparciales **Deniega** de manera total o parcial su apelación, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. A esto se le llama ratificar la decisión o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente o la oficina de Audiencias Imparciales deciden **Denegar** de manera total o parcial su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.



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

Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la **Organización de Revisión Independiente**, usted puede apelar de nuevo solamente si el valor monetario del servicio o artículo que usted desea alcanza un cierto nivel mínimo. Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de una Apelación de Nivel 3. **La carta que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le explica los derechos de apelación adicionales que usted pueda tener.**

La carta que usted recibe de la oficina de Audiencias Imparciales describe la siguiente opción de apelación.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2, consulte la **Sección J**.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios ni artículos cubiertos, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No debe pagar la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede recibir un reembolso de parte de nuestro plan si usted siguió las reglas para recibir los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**. Describe las situaciones en las que puede ser necesario que nos pida que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para pedirnos el pago.

Si pide un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o artículo **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
- Si usted aún no pagó el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de que enviemos el pago significa que su solicitud de una decisión de cobertura ha sido aceptada.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para avisarle que no pagaremos el servicio o artículo, y para explicarle por qué.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, puede presentar una apelación. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:



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

- Si presenta una apelación para que le hagamos un reembolso, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos el costo de cuidado médico que recibió y pagó de su bolsillo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **Denegamos** su apelación y **Medicare** habitualmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si esto ocurre, le enviaremos una carta.

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle a usted, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor **en un plazo no mayor de 30 días calendario**. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de la salud **en un plazo no mayor de 60 días calendario**.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud. A esto se le llama ratificar la decisión o rechazar su apelación. Usted recibirá una carta que le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación, consulte la **Sección J**.

Si **Denegamos** su apelación y NJ FamilyCare habitualmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información, consulte la **Sección F4**, que comienza en la página 171.

G. Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay unos pocos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que NJ FamilyCare podría cubrir. **Esta sección se aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medicaid, siga el proceso de la **Sección E** en la página 162.

Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.



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

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

A continuación, encontrará ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o
 - no apliquemos una restricción a nuestra cobertura de un medicamento (como los límites sobre la cantidad que usted puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (como cuando su medicamento está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le da un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D de Medicare se llama **determinación de cobertura**.

- Nos pide que pagemos un medicamento que usted ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la siguiente tabla como ayuda.



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

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

<p>Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos.</p>	<p>Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que usted cumple las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una preaprobación) para el medicamento que necesita.</p>	<p>Desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya obtuvo y pagó.</p>	<p>Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la manera que usted desea.</p>
<p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p>	<p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p>	<p>Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p>	<p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.)</p>
<p>Comience con la Sección G2; luego consulte las Secciones G3 y G4</p>	<p>Consulte la Sección G4</p>	<p>Consulte la Sección G4</p>	<p>Consulte la Sección G5</p>

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Si denegamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deben explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Pedir que cubramos un medicamento que no está en nuestra “Lista de Medicamentos” o que eliminemos una restricción a un medicamento a veces se dice solicitar una **excepción al formulario**.

Los siguientes son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra “Lista de Medicamentos”

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

2. Eliminar una restricción a un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos” (consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Que se le exija el uso de la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra preaprobación antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. A veces, a esto se le llama “preautorización (prior authorization, PA)”.
 - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted pide. A veces, a esto se le llama “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, hay restricciones a la cantidad que usted puede obtener.
- Nuestra “Lista de Medicamentos” suele incluir más de un medicamento para tratar una condición específica. Se les llama medicamentos “alternativos”.

G3. Información importante sobre la solicitud de una excepción

Su médico u otro profesional que receta deben informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para recibir una decisión más rápida, incluya esta información médica de parte de su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra “Lista de Medicamentos” suele incluir más de un medicamento para tratar una condición específica. Se les llama medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo surte exactamente el mismo efecto que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general **no** aprobamos su solicitud de excepción.

Podemos Aceptar o Denegar su solicitud.

- Si **Aceptamos** su solicitud de excepción, generalmente la excepción dura hasta el final del año calendario, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si **Denegamos** su solicitud de excepción, usted puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **Denegamos** su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.



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

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

- Para solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-800-514-4911** y TTY **711**, escribanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) u otra persona que actúe en nombre de usted pueden solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en nombre de usted.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que usted le dé a su médico o a otro profesional que receta un permiso por escrito para solicitar una decisión de cobertura en nombre de usted.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Si solicita una excepción, envíenos una declaración de respaldo. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que receta para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo. También pueden informarnos al respecto por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida.

Usamos los plazos estándar, a menos que aceptemos usar los plazos rápidos.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Una decisión de cobertura rápida se llama **determinación de cobertura rápida**.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es para un medicamento que no obtuvo. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.
- Su salud o capacidad funcional se vería gravemente afectada si usamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptamos y se la concedemos. Le enviamos una carta para informárselo.



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

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico ni de otro profesional que receta, decidimos si se la concedemos.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usamos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviamos una carta para informárselo. La carta también le explica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas**. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le proporcionamos la cobertura **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted no obtuvo

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.



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

- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le proporcionamos la cobertura **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le hacemos un reembolso **en un plazo no mayor de 14 días calendario**.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación presentada ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura relacionada con un medicamento de la Parte D de Medicare se llama **redeterminación** del plan.

- Para iniciar su **apelación estándar** o **rápida**, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-800-514-4911** y TTY **711**, escribanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Usted debe solicitar una apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si se le pasa el plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual se demoró en presentarla.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se llama **redeterminación rápida**.



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

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no obtuvo, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información, consulte la **Sección G4**.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y examinamos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su apelación.
 - Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
 - Si no le damos una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas**, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su apelación.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que no obtuvo.
- Le comunicamos nuestra decisión antes si usted no obtuvo el medicamento y si su condición de salud lo requiere. Si usted cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le comunicamos una decisión **en un plazo no mayor de 7 días calendario**, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.



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

Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que aceptamos proporcionar con la rapidez que requiera su salud, pero **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación.

Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso del costo de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión **en un plazo no mayor de 14 días calendario**, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, debemos pagarle **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **Denegamos** su Apelación de Nivel 1, usted puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, usa el proceso de Apelación de Nivel 2. La **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión cuando **Denegamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente (IRE)**.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con la Organización de Revisión Independiente **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **Denegamos** su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Las instrucciones explican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, los plazos que usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.



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

- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama su expediente del caso. **Usted tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

La Organización de Revisión Independiente revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le comunica una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente.

- Si esta acepta una apelación rápida, debe darle una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- Si la organización **Acepta** de manera total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 24 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si usted presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta:

- **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación por un medicamento que usted no obtuvo.
- **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su apelación por el reembolso del costo de un medicamento que usted compró.

Si la Organización de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama ratificar la decisión o rechazar su apelación.



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

Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura del medicamento que usted pide alcanza un valor monetario mínimo. Si el valor monetario de la cobertura del medicamento que usted pide es menor que el mínimo requerido, usted no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es final. La Organización de Revisión Independiente le envía una carta que le informa cuál es el valor monetario mínimo necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor monetario de su solicitud cumple el requisito, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Debe consultar la carta que le envió la Organización de Revisión Independiente después de su Apelación de Nivel 2 para obtener información detallada sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaboran con usted para prepararle para el día en que deje el hospital. También le ayudan con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al dejar el hospital.

- El día que deja el hospital se llama su fecha de alta.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha de alta.

Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o le preocupa su cuidado después de dejar el hospital, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.



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

H1. **Cómo se enterará de sus derechos de Medicare**

En un plazo no mayor de dos días después de ser admitido en el hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un asistente social, le entregarán un aviso por escrito llamado **Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos**. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se les admite en un hospital.

Si usted no recibe el aviso, pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede llamar 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**.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no comprende. El aviso le informa sus derechos como paciente del hospital, que incluyen sus derechos a:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - Participar en cualquiera de las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Saber dónde informar todo problema o inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
 - Apelar si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o la persona que actúe en nombre de usted pueden firmar el aviso.
 - La firma del aviso solamente significa que usted obtuvo la información sobre sus derechos.

El hecho de firmar no significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puedan haberle dado su médico o el personal del hospital.

- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, obtendrá otra copia antes de ser dado de alta.

Puede ver una copia del aviso por adelantado si:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página
- 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**.
- Visite **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI**.



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

H2. **Cómo presentar una Apelación de Nivel 1**

Si desea que cubramos durante más tiempo sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos verifican la calidad de los servicios que reciben los beneficiarios de Medicare y ayudan a mejorarla. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

En New Jersey, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad es Livanta. Llame al **1-866-815-5440 (TTY: 1-866-868-2289)**. La información de contacto también se encuentra en el aviso **Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos** y en el **Capítulo 2**.

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y, a más tardar, en su fecha de alta programada.

- **Si usted llama antes de dejar el hospital**, puede quedarse después de su fecha de alta programada sin pagar la estadía mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que pague todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.
- **Si se le pasa el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, apele directamente ante nuestro plan en su lugar. Consulte la **Sección G4** para obtener información sobre cómo presentar una apelación ante nosotros.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)** al **1-800-792-8820 (TTY: 711)**.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para solicitar una revisión rápida de su alta del hospital.

El término legal para **revisión rápida** es **revisión inmediata**.

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

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta programada. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionaron el hospital y nuestro plan.
- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibe una carta con su fecha de alta programada. La carta también le explica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que la fecha de alta es médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es **Aviso Detallado del Alta**. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o 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**.) También puede consultar un aviso de muestra en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI**.

En un plazo no mayor de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta a su apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su Apelación de Nivel 1 y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada.



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

H3. **Cómo presentar una Apelación de Nivel 2**

En una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al **1-866-815-5440 (TTY: 1-866-868-2289)**.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solamente** si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Examinan otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunican su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de recibir su solicitud de segunda revisión.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle los costos del cuidado hospitalario desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su Apelación de Nivel 1.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con la decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H4. **Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1**

El plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para una Apelación de Nivel 1 es **en un plazo no mayor de 60 días** o termina a más tardar en su fecha de alta del hospital programada. Si se le pasa el plazo de la Apelación de Nivel 1, puede usar un proceso de “Apelación Alternativa”.

Comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página y solicítenos una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.

El término legal para revisión rápida es **apelación rápida**.



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

- Examinamos toda la información sobre su estadía en el hospital.
- Verificamos que la primera decisión haya sido imparcial y haya seguido las reglas.
- Usamos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar y le comunicamos nuestra decisión **en un plazo no mayor de 72 horas** desde el momento en que usted solicitó una revisión rápida.

Si **Aceptamos** su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo con que usted necesita quedarse en el hospital después de la fecha de alta.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.
- Le reembolsamos los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.

Si **Denegamos** su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo con que su fecha de alta programada era médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados termina en la fecha que le dijimos.
- No pagaremos ninguno de los costos después de esta fecha.
- Es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta programada si usted se quedó en el hospital.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para garantizar que seguimos todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

H5. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

Enviamos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente **en un plazo no mayor de 24 horas** después de **Denegar** su Apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. Usted no tiene que hacer nada.

Si piensa que no cumplimos este plazo o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.

La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Examina detenidamente toda la información sobre su alta del hospital y generalmente le da una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas**.

Si la Organización de Revisión Independiente **Acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.



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

- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con que su fecha de alta del hospital programada fue médicamente apropiada.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. **Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos**

Esta sección solo trata de tres tipos de servicios que usted podría estar recibiendo:

- servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio
- cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que usted los necesita.

Si decidimos interrumpir la cobertura de cualquiera de estos servicios, debemos informárselo **antes** de que terminen sus servicios. Cuando su cobertura de ese servicio termina, dejamos de pagarlo.

Si usted piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. **Aviso antes de que termine su cobertura**

Le enviamos un aviso por escrito que usted recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama **Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare**. El aviso le indica la fecha en que interrumpiremos la cobertura de su cuidado y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. La firma del aviso **solamente** significa que usted obtuvo la información. El hecho de firmar **no** significa que usted está de acuerdo con nuestra decisión.



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

12. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y lo que debe hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla los plazos que corresponden a lo que usted debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir los plazos. Si usted piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
 - Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)** al **1-800-792-8820 (TTY: 711)**.
- **Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y cómo comunicarse con esta.
 - Pídale que revise su apelación y decida si debería cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una apelación de tramitación rápida.** Pregunte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el **Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare** que le enviamos.
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar su apelación directamente ante nosotros en su lugar. Para obtener información detallada sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**.

El término legal para el aviso por escrito es **Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o 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**. U obtenga una copia en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/**.



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

Qué sucede durante una apelación de tramitación rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican los motivos por los que termina la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es **Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura**.

-
- Los revisores le comunican su decisión **en un plazo no mayor de un día completo** después de obtener toda la información que necesitan.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Prestaremos sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le dijimos.
- Dejamos de pagar los costos de este cuidado en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga de su bolsillo el costo total de este cuidado si decide continuar con el cuidado de asistencia médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios después de la fecha en que termine su cobertura
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

13. **Cómo presentar una Apelación de Nivel 2**

En una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al **1-866-815-5440 (TTY: 1-866-868-2289)**.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solamente** si continúa con el cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:



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

- Examinan otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunican su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de recibir su solicitud de segunda revisión.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- Proporcionaremos cobertura del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de terminar su cuidado y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

14. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Según se explica en la **Sección I2**, usted debe actuar con rapidez y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su Apelación de Nivel 1. Si se le pasa el plazo, puede usar un proceso de “Apelación Alternativa”.

Comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página y solicítenos una “revisión rápida”.

El término legal para revisión rápida es **apelación rápida**.

Examinamos toda la información sobre su caso.

- Verificamos que la primera decisión haya sido imparcial y haya seguido las reglas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura de sus servicios.
- Usamos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar y le comunicamos nuestra decisión **en un plazo no mayor de 72 horas** desde el momento en que usted solicitó una revisión rápida.

Si **Aceptamos** su apelación rápida:

- Aceptamos que usted necesita los servicios durante más tiempo.
- Le prestaremos sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.
- Aceptamos reembolsarle los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.



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

- Si **Denegamos** su apelación rápida:
 - Nuestra cobertura de estos servicios termina en la fecha que le dijimos.
 - No pagaremos ninguno de los costos después de esta fecha.
 - Usted paga el costo total de estos servicios si sigue recibiendo después de la fecha en que le dijimos que nuestra cobertura terminaría.
 - Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para garantizar que seguimos todas las reglas.

Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

I5. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2:

Enviamos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente **en un plazo no mayor de 24 horas** después de denegar su Apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. Usted no tiene que hacer nada.

- Si piensa que no cumplimos este plazo o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.
- La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Examina detenidamente toda la información sobre su alta del hospital y generalmente le da una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas**.

Si la Organización de Revisión Independiente **Acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de terminar su cuidado y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.



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

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y se denegaron ambas apelaciones, usted podría tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor monetario del servicio o artículo de Medicare que usted apeló no alcanza un cierto valor monetario mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, usted puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente sobre su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo. La persona que toma la decisión es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después de haber recibido la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.



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

Si el Consejo **Acepta** su Apelación de Nivel 4 o deniega nuestra solicitud para revisar la decisión de una Apelación de Nivel 3 que es favorable para usted, tenemos derecho a apelar en el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **Deniega** nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Aceptar** o **Denegar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay ningún otro nivel de apelación más allá del Tribunal del Distrito Federal.

J2. Apelaciones adicionales ante NJ FamilyCare

Si su apelación es sobre servicios o artículos que habitualmente cubre NJ FamilyCare, usted también puede tener otros derechos de apelación. La carta que usted reciba de la oficina de Audiencias Imparciales le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede serle útil si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto valor monetario, es posible que usted pueda pasar a niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo. La persona que toma la decisión es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.



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

- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 72 horas** (o de 24 horas en el caso de una apelación rápida) o realizar un pago **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **Acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 72 horas** (o de 24 horas en el caso de una apelación rápida) o realizar un pago **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Aceptar** o **Denegar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay ningún otro nivel de apelación más allá del Tribunal del Distrito Federal.

K. Cómo presentar una queja

K1. Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas

El proceso de queja se usa para ciertos tipos de problemas solamente, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, la coordinación del cuidado de la salud y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de queja.



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

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no está conforme con la calidad del cuidado, por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de cuidado de la salud o su personal fue descortés o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal le trató mal. • Usted piensa que le están forzando a dejar nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia en otros idiomas	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no puede acceder físicamente a los servicios para el cuidado de la salud y a las instalaciones del consultorio de un médico o un proveedor. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que usted habla que no es inglés (como el lenguaje de señas americano o español). • Su proveedor no le ofrece otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene problemas para hacer una cita o espera demasiado para obtenerla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud, Servicio al Cliente u otro personal del plan le hacen esperar demasiado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Usted piensa que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Usted cree que no le hemos enviado un aviso o una carta que debería haber recibido. • Piensa que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.



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

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted piensa que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o para responder su apelación. • Usted piensa que, después de recibir una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobar o prestarle el servicio, o para reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos. • Usted piensa que no enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente a tiempo.

Hay diferentes clases de quejas. Usted puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a Servicio al Cliente al número gratuito **1-800-514-4911** y TTY **711**.

El término legal para queja es **queja formal**.

El término legal para presentar una queja es **presentar una queja formal**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-800-514-4911** y TTY **711**. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, usted debe presentarla **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después de que tuvo el problema por el que desea quejarse.

- Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- Usted también puede escribir su queja y enviárnosla. Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.

El término legal para queja rápida es **queja formal rápida**.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada. Si su condición de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.



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

- Respondemos a la mayoría de las quejas **en un plazo no mayor de 30 días calendario**. Si no tomamos una decisión **en un plazo no mayor de 30 días calendario** porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También le proporcionamos una actualización del estado y un plazo aproximado en el que recibirá la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o de una apelación rápida, automáticamente le concedemos una queja rápida y respondemos a su queja **en un plazo no mayor de 24 horas**.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le concedemos una queja rápida y respondemos a su queja **en un plazo no mayor de 24 horas**.

Si no estamos de acuerdo de manera total o parcial con su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Le respondemos, independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de Queja de Medicare está disponible en: es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. No es necesario que usted presente una queja ante UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas con seriedad y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan de salud no está tratando su problema, también puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de **TTY** pueden llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la **Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR)** del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) si piensa que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidades o la asistencia en otros idiomas. El número de teléfono de la **Oficina de Derechos Civiles** es el **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, puede visitar hhs.gov/ocr.



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

Además, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza – Suite 3312
New York, NY 10278

Centro de Respuesta al Cliente: **1-800-368-1019**

Fax: **1-202-619-3818**

TDD: **1-800-537-7697**

Correo electrónico: **ocrmail@hhs.gov**

También podría tener derechos conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA) y conforme a la Sección 10:5-12 de los Estatutos Comentados de New Jersey (New Jersey Statutes Annotated, N.J.S.A.) de la Ley Contra la Discriminación de New Jersey. Puede comunicarse con la Línea de Información de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades a:

Línea de Información de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades

1-800-514-0301

1-833-610-1264 (TTY)

Lunes, martes, miércoles y viernes, de 9:30 a.m. a 12:00 p.m. y de 3 p.m. a 5:30 p.m., hora del Este, y los jueves, de 2:30 a 5:30 p.m., hora del Este

Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, colaboramos con la organización para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura**.

En New Jersey, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es el **1-866-815-5440 (TTY: 1-866-868-2289)**.



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

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo usted puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá estando inscrito en los programas Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid) siempre y cuando cumpla los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan	208
B.	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	209
C.	Cómo recibir los servicios de Medicare y de NJ FamilyCare por separado	209
	C1. Sus servicios de Medicare.....	209
	C2. Sus servicios de NJ FamilyCare	212
D.	Sus servicios médicos y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan	213
E.	Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan.....	213
F.	Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud	214
G.	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan.....	214
H.	Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan.....	215



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

A. **Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan**

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar 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 terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- 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 hayan cambiado, o
- recientemente se haya 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.

Su membresía termina el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura de nuestro plan termina el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

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

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Para obtener más información sobre cómo puede terminar su membresía, puede llamar:

- A Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. También se indica el número para los usuarios de TTY.



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

- 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**.
- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al **1-800-792-8820** (TTY **711**).

NOTA: Si usted está inscrito en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Si decide terminar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no eligió un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede presentar una solicitud por escrito ante nosotros. Comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- 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 (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llama al **1-800-MEDICARE**, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si deja nuestro plan, consulte la tabla de la página 210.

C. Cómo recibir los servicios de Medicare y de NJ FamilyCare por separado

Usted tiene opciones para recibir sus servicios de Medicare y de Medicaid si decide dejar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare, que se indican a continuación. Al elegir una de estas opciones, usted termina automáticamente su membresía en nuestro plan.



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

<p>1. Puede cambiarse a: Otro plan de salud de Medicare</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</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>Si tiene 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). <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Cuando comienza la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente.</p> <p>Si cancela la inscripción en este plan y elige alguna de las opciones indicadas en la tabla, será inscrito en nuestro plan afiliado a NJ FamilyCare, UnitedHealthcare Community Plan, para recibir sus beneficios de NJ FamilyCare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Esto ocurrirá de forma automática, a menos que haya elegido inscribirse en otro plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (D-SNP) o que haya elegido voluntariamente un plan de NJ FamilyCare diferente. Si desea elegir un plan de NJ FamilyCare diferente, puede llamar a NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 (TTY: 711).</p>
---	---



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

<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</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>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). <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>Cuando comienza su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente.</p> <p>Si cancela la inscripción en este plan y elige alguna de las opciones indicadas en la tabla, será inscrito en nuestro plan afiliado a NJ FamilyCare, UnitedHealthcare Community Plan, para recibir sus beneficios de NJ FamilyCare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Esto ocurrirá de forma automática, a menos que haya elegido inscribirse en otro plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble o que haya elegido voluntariamente un plan de NJ FamilyCare diferente. Si desea elegir un plan de NJ FamilyCare diferente, puede llamar a NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 (TTY: 711).</p>
---	---



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

<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</p> <p>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.</p> <p>Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita o no cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de New Jersey al 1-800-792-8820, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Para obtener más información o encontrar 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>	<p>Debe hacer lo siguiente:</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>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). <p>Cuando comienza su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente.</p> <p>Si cancela la inscripción en este plan y elige alguna de las opciones indicadas en la tabla, será inscrito en nuestro plan afiliado a NJ FamilyCare, UnitedHealthcare Community Plan, para recibir sus beneficios de NJ FamilyCare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Esto ocurrirá de forma automática, a menos que haya elegido inscribirse en otro plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble o que haya elegido voluntariamente un plan de NJ FamilyCare diferente. Si desea elegir un plan de NJ FamilyCare diferente, puede llamar a NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 (TTY: 711).</p>
--	--

C2. Sus servicios de NJ FamilyCare

Si cancela la inscripción en este plan y elige alguna de las opciones indicadas en la tabla, será inscrito en nuestro plan afiliado a NJ FamilyCare, UnitedHealthcare Community Plan, para recibir sus beneficios de NJ FamilyCare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Esto ocurrirá de forma automática, a menos que haya elegido inscribirse en otro plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan, D-SNP) o que haya elegido voluntariamente un plan de NJ FamilyCare diferente. Si desea elegir un plan de NJ FamilyCare diferente, puede llamar a NJ FamilyCare al **1-800-701-0710 (TTY: 711)**.



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

D. Sus servicios médicos y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase cierto tiempo antes de que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y de Medicaid. Durante este tiempo, usted sigue recibiendo el cuidado de su salud y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Use los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
- Use las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.
- Si es hospitalizado el día en que termina su membresía en UHC Dual Complete NJ-Y001 (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta. Esto ocurrirá, aunque su nueva cobertura de salud comience antes de que le den de alta.

E. Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan

Debemos terminar su membresía en nuestro plan en los siguientes casos:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted deja de calificar para Medicaid. Nuestro plan es para las personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, llame a Servicio al Cliente para saber si donde se mudará o viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano estadounidense ni residente legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón.
 - Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.



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

Si se encuentra en el período de seis meses de nuestro plan en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, es posible que nuestro plan no cubra los beneficios que son solamente de Medicaid. Para saber si un beneficio es solamente de Medicaid o para saber si estará cubierto, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-514-4911** (TTY: **711**). Todos sus servicios de Medicare, incluidos los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, seguirán estando cubiertos a un costo compartido de \$0 (sin copagos, coseguros ni deducibles) durante el período en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación.

Podemos obligarle a dejar nuestro plan por los siguientes motivos solamente si recibimos primero el permiso de Medicare y de Medicaid:

- Si, al inscribirse en nuestro plan, usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta sus requisitos de participación en nuestro plan.
- Si se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarles cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su Tarjeta de ID de Miembro para recibir cuidado médico. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si terminamos su membresía por este motivo.)

F. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si usted piensa que le estamos pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, **llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

G. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de terminar su membresía. Además, puede consultar el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** para obtener información sobre cómo presentar una queja.



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

H. Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo terminar su membresía, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

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

Capítulo 11

Avisos legales

Capítulo 11

Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Aviso sobre las leyes	218
B.	Aviso sobre antidiscriminación	218
C.	Aviso sobre Medicare como segundo pagador y NJ FamilyCare como pagador de último recurso	218



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

A. Aviso sobre las leyes

Se aplican muchas leyes a esta **Evidencia de Cobertura**. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si la **Evidencia de Cobertura** no contiene ni explica esas leyes. Las leyes principales que se aplican son leyes federales sobre los programas Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre antidiscriminación

No le discriminamos ni le tratamos diferente debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, también puede visitar [hhs.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr).

- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza – Suite 3312
New York, NY 10278

Centro de Respuesta al Cliente: **1-800-368-1019**

Fax: **202-619-3818**

TDD: **800-537-7697**

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios para el cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y NJ FamilyCare como pagador de último recurso

A veces, un tercero debe pagar primero los servicios que le prestamos a usted. Por ejemplo, si usted sufre un accidente de tránsito o si se lesiona en el trabajo, un seguro o el Seguro de Accidentes Laborales debe pagar primero.



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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare, pero por los que Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos las leyes y normas federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios para el cuidado de la salud prestados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para asegurarnos de que NJ FamilyCare sea el pagador de último recurso.



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

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave que se usan en toda su **Evidencia de Cobertura**, con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si usted no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicio al Cliente.

Administrador del Cuidado de la Salud: La persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.

Actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Apelación: Manera en la que usted cuestiona nuestra forma de actuar si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación. El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. En los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente es el área donde usted puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Asilo de convalecencia o centro de enfermería: Lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en el hospital.

Audiencia Imparcial Estatal: Si su médico u otro proveedor pide un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando un servicio de Medicaid que usted ya recibe, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Si la Audiencia Imparcial Estatal se decide a su favor, debemos prestarle el servicio que pidió.

Auxiliar de asistencia médica a domicilio: Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de una enfermera o de un terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los auxiliares de asistencia médica a domicilio no tienen licencia para ejercer la enfermería ni prestan servicios de terapia.

Cancelación de la inscripción: Proceso para terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su decisión propia) o involuntaria (no por su decisión propia).



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

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona formación adicional para nuestros proveedores de cuidado de la salud que les ayuda a comprender mejor sus orígenes, principios y creencias para adaptar los servicios a fin de que satisfagan sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Centro de cirugía ambulatoria: Centro que realiza cirugías para pacientes ambulatorios, es decir, a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado.

Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Presta una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental de su domicilio.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Agencia federal a cargo de Medicare.

El **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura** explica cómo comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Consejo que revisa las apelaciones de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se prestan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

Cuidado requerido de urgencia: Cuidado que usted recibe para una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Usted puede recibir cuidado requerido de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no haya proveedores de la red a su disposición o cuando usted no pueda visitarlos.

Cuidados paliativos: Programa de cuidado y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a que vivan con comodidad. Un pronóstico terminal se refiere a que una persona tiene una enfermedad terminal certificada médicamente, lo que significa que tiene una



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

esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores atienden a la persona en todos los aspectos, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de los proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Decisión de cobertura: Decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos. El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decide si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman decisiones de cobertura. El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** explica las decisiones de cobertura.

Emergencia: Emergencia médica cuando usted o cualquier otra persona con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o limitación grave de una función corporal (y, si está embarazada, la pérdida de un feto). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Equipo de cuidado de la salud: Consulte “Equipo de Cuidado Interdisciplinario”.

Equipo de Cuidado Interdisciplinario (Interdisciplinary Care Team, ICT) (o Equipo de cuidado de la salud): Un equipo de cuidado de la salud puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud que están para ayudarle a recibir el cuidado que usted necesite. Su equipo de cuidado de la salud también le ayuda a elaborar un plan de cuidado.

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): Ciertos artículos que su médico le indica para que usted use en su domicilio. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Especialista: Médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica.

Evaluación de riesgos para la salud (health risk assessment, HRA): Revisión de su historial médico y de su condición actual. Se usa para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información: Este documento, junto con su solicitud



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

de inscripción y todo otro documento adjunto o cláusula adicional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación indebida o inapropiada: Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura servicios. Si recibe alguna factura que no comprende, llame a Servicio al Cliente. Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted no debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Farmacia que ha convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos farmacias de la red porque han convenido trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos con receta solamente cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha convenido trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: Portal o aplicación informática en que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del miembro sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye los medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma condición de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (preautorización, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Información de salud personal (personal health information, PHI) (también llamada Información de salud protegida): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número del Seguro Social, visitas médicas e historial médico. Para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su información de salud personal, así como sus derechos con respecto a su información de salud personal, consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Juez de derecho administrativo: Juez que revisa las apelaciones de nivel 3.

Límites de cantidad: Límite en la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Lista de los medicamentos con receta y sin receta (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La “Lista de Medicamentos” le indica si hay alguna regla que usted tenga que seguir para obtener sus medicamentos. A veces, a la “Lista de Medicamentos” se le llama formulario.



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

Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): Servicio específico o grupo definido de servicios prestados por proveedores de cuidado de la salud, incluidos los farmacéuticos, para asegurar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo.

Médicamente necesario: Describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados.

Medicamento de marca: Medicamento con receta que elabora y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos habitualmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico: Medicamento con receta aprobado por el gobierno federal para ser usado en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos y surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con y sin receta (OTC) que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Es posible que Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos sin receta (over-the-counter, OTC): Medicamentos que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de cuidado de la salud.

Medicare: Programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de cuidado administrado (consulte la definición Plan de salud).

Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como Parte C de Medicare o Planes Medicare Advantage (MA), que ofrece planes Medicare Advantage a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.



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

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios se cubren mediante el pago de las cantidades que determina el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

- Usted puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.
- Si usted no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Beneficiario de Medicare y de Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

Miembro de Medicare-Medicaid: Persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid. A los miembros de Medicare-Medicaid también se les llama personas con elegibilidad doble.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”. Por ejemplo, medicamentos genéricos, de marca o sin receta (OTC). Cada medicamento de la “Lista de Medicamentos” está asignado a uno de los niveles.

Ombudsman: Oficina de su estado que trabaja como defensora en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Usted puede encontrar más información en los

Capítulos 2 y 9 de su **Evidencia de Cobertura**.

Organización de revisión independiente (independent review organization, IRO): Organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de nivel 2. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Organización para el mejoramiento de la calidad (quality improvement organization, QIO): Grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. El gobierno federal le paga a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para que verifiquen y mejoren el cuidado que reciben los pacientes. Para obtener información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura**.



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

Paciente hospitalizado: Término usado cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, aún se le podría considerar un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte A de Medicare: Programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios de cuidado hospitalario, de cuidado en un centro de enfermería especializada, de cuidado de asistencia médica a domicilio y de cuidados paliativos.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte B de Medicare: Programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte C de Medicare: Programa de Medicare, también conocido como Medicare Advantage o Planes Medicare Advantage (MA), que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan Medicare Advantage.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Parte D de Medicare: Programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. Para abreviar, a este programa lo llamamos “Parte D”. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos con receta, las vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare ni por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Plan de cuidado: Consulte “Plan de Cuidado Individualizado”.

Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, ICP) (o Plan de Cuidado): Plan que describe qué servicios usted recibirá y la forma en que los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios para la salud del comportamiento y apoyos y servicios a largo plazo.

Plan de salud: Organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con administradores de cuidado de la salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

Plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan, D-SNP): Plan de salud que presta servicios a las personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como de Medicaid. Nuestro plan es un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble.



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

Preautorización (prior authorization, PA): Aprobación que usted debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico, o de usar un proveedor fuera de la red.

Si usted no obtiene la aprobación primero, es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento. Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra preautorización.

- Los servicios cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solamente si usted obtiene nuestra preautorización.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en la **Lista de Medicamentos Cubiertos**.

Programa apoyos y servicios a largo plazo administrados (managed long-term services and supports, MLTSS): Ayuda a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a seguir viviendo en su domicilio para no tener que ir a un centro de enfermería o a un hospital. El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados incluye Servicios en la Comunidad y Centros de Enfermería (Nursing Facilities, NF).

Programa Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS).

Programa de administración de medicamentos (drug management program, DMP): Programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso.

Programa de ayuda de medicamentos para el sida (AIDS drug assistance program, ADAP): Programa que ayuda a las personas que cumplen los requisitos y que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida.

Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program for All-inclusive Care for the Elderly, PACE): Programa que cubre los beneficios combinados de Medicare y de Medicaid para las personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de cuidado para vivir en su domicilio.

Programa para la prevención de la diabetes de Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Programa de salud estructurado para el cambio del comportamiento que proporciona capacitación en cambio dietario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias destinadas a superar las dificultades para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.



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

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI):

Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y Ortesis: Dispositivos médicos que le indica su médico u otro proveedor de cuidado de la salud y que incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP): Médico u otro proveedor que usted usa primero para la mayoría de los problemas de salud. Este proveedor se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse saludable.

- También es posible que hable con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado, y que le refiera a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe usar su proveedor de cuidado primario antes de usar cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.
- Para obtener información sobre cómo recibir cuidado de proveedores de cuidado primario, consulte el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud.
- Les llamamos proveedores de la red cuando han convenido trabajar con nuestro plan de salud, aceptar nuestro pago y no cobrar una cantidad adicional a los miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les llama proveedores del plan.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Proveedor o centro que no es empleado de nuestro plan, no es propiedad de este ni es operado por este, y que no tiene un contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura** explica los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Declaración verbal o escrita en la que usted expresa un problema o una inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad del cuidado que recibió, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para presentar una queja es presentar una queja formal.



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

Queja formal: Queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad del cuidado que recibió o la calidad del servicio prestado por su plan de salud.

Referencia: Aprobación de su proveedor de cuidado primario (PCP) para usar otro proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario. Si usted no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en los **Capítulos 3 y 4** de su **Evidencia de Cobertura**.

Salud del Comportamiento: Término que engloba todos los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

Servicio al Cliente: Departamento de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Para obtener más información sobre Servicio al Cliente, consulte el **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura**.

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a todos los servicios para el cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.

Servicios Excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Subsidio para personas de bajos ingresos (low-income subsidy, LIS): Consulte “Programa Ayuda Adicional”.

Terapia escalonada: Regla de cobertura que le exige probar otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted pide.



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

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

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de New Jersey–Información de contacto



Llame al **1-800-792-8820**

De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.

TTY 711

De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.



Escriba a: **NJ State Health Insurance Assistance Program,
PO Box 807, Trenton, NJ 08625**



state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de New Jersey

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare.

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA)

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.