

# Gane una recompensa de \$75

## Después de la revisión médica del bebé

### Cuide su salud y gane una recompensa de \$75

Visite a su médico de atención primaria dentro de 1 a 12 semanas después de dar a luz para asegurarse de estar sanando bien. Esta visita también le dará la oportunidad de hacer preguntas y hablar con su médico sobre cómo se siente.

Complete su control en persona o en una visita de telesalud si lo ofrece su médico. Una visita de telesalud es una cita programada. Ofrece la conveniencia de hablar con su médico usando un teléfono, computadora o dispositivo móvil.

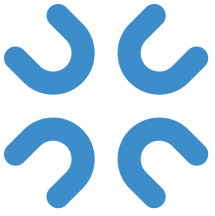
### Asegúrese de que su bebé esté cubierto

No olvide inscribir a su bebé en la cobertura de salud. Comuníquese con el representante de su condado o MNSure para informarles que tuvo un bebé.

Las afiliadas de UCare Connect, UCare Connect + Medicare, el Programa de Asistencia Médica Prepagada (Prepaid Medical Assistance Program, PMAP) y MinnesotaCare deben comunicarse con su trabajador del condado.

Las afiliadas de UCare Individual & Family Plans y UCare Individual & Family Plans with M Health Fairview deben comunicarse con MNSure.

Averigüe para qué otras recompensas puede ser elegible; inicie sesión o cree una cuenta de miembro en línea, en **member.ucare.org**. Una vez que haya iniciado sesión, vaya a *Salud y bienestar* (Health & Wellness) y luego a *Bienestar, recompensas y asignaciones* (Wellness, Rewards & Allowance). Para obtener más información, llame al número de Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de UCare.



## \$75 de recompensa

### Después de la revisión médica del bebé

Utilice tinta negra. Deben completarse todos los campos.

#### A completar por la afiliada:

Número de identificación de la afiliada de UCare \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la afiliada \_\_\_\_\_

Nombre de la afiliada \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Fecha de control de 2024 \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del bebé \_\_\_\_\_

¿Tuvo una visita de telesalud?  Sí  No

Nombre de la clínica \_\_\_\_\_

Teléfono de la clínica \_\_\_\_\_

#### A completar por el personal médico o de la clínica, o junto con el personal médico o de la clínica durante una visita de telesalud:

¿Se registró la visita en la historia clínica de la paciente?  Sí  No

Firma o nombre del personal médico o de la clínica \_\_\_\_\_

*(Se necesita la firma para visitas presenciales; se necesita el nombre del médico para las visitas por telesalud)*

Esperar de 4 a 6 semanas para recibir la recompensa. Para visitas elegibles completadas en 2024.

Correo postal:

ATTN HEALTH PROMOTION

UCARE

PO BOX 52

MINNEAPOLIS, MN 55440-9682

H5937\_7382\_112023\_C

U2090 (12/2023)



## **Términos y condiciones**

- Limit one reward per program, per pregnancy, for eligible members
- Member must be enrolled in one of these UCare plans at the time of the exam and at the time of redemption: UCare Individual & Family Plans, UCare Individual & Family Plans with M Health Fairview, UCare Connect, UCare Connect + Medicare, Prepaid Medical Assistance Program (PMAP) or MinnesotaCare
- Date of service must be completed during the plan year listed on the voucher and mailed back to UCare within the plan year
- Members must have a provider complete and sign the voucher prior to returning it
- Incomplete or ineligible vouchers will be denied, and you will be notified by mail
- Reward dollars will be loaded on your Healthy Benefits+ Visa® card. If you have not received a card, one will be mailed to you.
- Reward dollars on your Healthy Benefits+ Visa card will expire upon plan termination
- Rewards are subject to change. UCare reserves the right to deny rewards for any reason.

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

ያስተውሉ፡ ካለምንም ክፍያ ይህንን ዶኩመንት የሚተረጎምሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤတွဲရက်စာတမ်းအားအခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကိုခေါ်ဆိုပါ။

កំណត់សំគាល់ ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមលេខខាងលើ ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သုဉ်ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်. ဖဲနမ့ၢ်လိဉ်ဘဉ်တၢ်မၤစၤကလိလၢတၢ်ကကျိးထံဝဲဒၣ်လံာ် တီလံာ်မိတခါအံၤန့ၣ်,ကိးဘဉ် လိတဲစိနီၢ်ဂံၢ်လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ພຣີ, ຈົ່ງ ໂທໂປຣໂປຣໂຮມາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

## Aviso de derechos civiles

**La discriminación es ilegal. UCare** no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- origen nacional
- credo
- religión
- orientación sexual
- estado de asistencia pública
- edad
- discapacidad (incluyendo deficiencias físicas o mentales)
- sexo (incluyendo estereotipos de sexo e identidad de género)
- estado civil
- creencias políticas
- problema de salud
- estado de salud
- recepción de servicios de atención médica
- experiencia de reclamos
- antecedentes médicos
- información genética

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de forma discriminatoria por parte de UCare. Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico a:

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Línea gratuita: 1-800-203-7225

TTY: 1-800-688-2534

Fax: 612-884-2021

Correo electrónico: [cag@ucare.org](mailto:cag@ucare.org)

**Servicios y ayudas auxiliares: UCare** proporciona ayudas y servicios auxiliares, como intérpretes calificados e información en formatos accesibles, sin costo y de forma oportuna, para asegurar igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. **Comuníquese con UCare** al 612-676-3200 (voz), al 1-800-203-7225 (voz), 612-676-6810 (TTY) o al 1-800-688-2534 (TTY).

**Servicios de asistencia de idiomas: UCare** ofrece documentos traducidos de interpretación hablada, sin costo y de forma oportuna, cuando los servicios de asistencia de idiomas son necesarios para garantizar que personas con conocimientos limitados del inglés tengan acceso a nuestra información y servicios. **Comuníquese UCare** al 612-676-3200 (voz), al 1-800-203-7225 (voz), 612-676-6810 (TTY) o al 1-800-688-2534 (TTY).

## Quejas de derechos civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de forma discriminatoria por parte de UCare. También puede comunicarse a cualquiera de las siguientes agencias directamente para presentar una queja por discriminación.

**Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.**

Usted tiene derecho a presentar una queja a la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- nacionalidad
- edad
- discapacidad
- sexo
- religión (en algunos casos)

Comuníquese a la OCR directamente para presentar una queja: Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
Midwest Region  
233 N. Michigan Avenue, Suite 240  
Chicago, IL 60601  
Centro de Respuesta al Cliente: Línea gratuita: 800-368-1019 Línea gratuita de TDD 800-537-7697  
Correo electrónico: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

### **Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR)**

En Minnesota, usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Rights, MDHR) si ha sido discriminado por:

- raza
- color
- nacionalidad
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- estado de asistencia pública
- discapacidad

Comuníquese con el **MDHR** directamente para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights  
540 Fairview Avenue North, Suite 201  
St. Paul, MN 55104  
651-539-1100 (voz)  
800-657-3704 (línea gratuita)  
711 o 800-627-3529 (Retransmisión de Minnesota)  
651-296-9042 (fax)  
[Info.MDHR@state.mn.us](mailto:Info.MDHR@state.mn.us) (correo electrónico)

### **Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota**

Usted tiene derecho a presentar una queja al Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) de Minnesota si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- nacionalidad
- religión (en algunos casos)
- edad
- discapacidad (incluyendo deficiencias físicas o mentales)
- sexo (incluyendo estereotipos de sexo e identidad de género)

Las quejas se deben presentar por escrito en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que descubra la supuesta discriminación. La queja debe incluir su nombre y dirección, y describir la discriminación por la que presenta la queja. La revisaremos y le avisaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si la tenemos, investigaremos su queja.

El DHS le comunicará por escrito el resultado de la investigación. Usted tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que el DHS revise el resultado de la investigación. Sea conciso y establezca por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional si cree que es importante.

Si presenta una queja de esta forma, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no tomarán represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarlo de forma alguna por presentar una queja. Presentar una queja de esta forma no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese con el **DHS** directamente para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator

Minnesota Department of Human Services

Equal Opportunity and Access Division

P.O. Box 64997

St. Paul, MN 55164-0997

651-431-3040 (voz) o use su servicio de retransmisión preferido