

# Gane una recompensa de \$75

## Su primera visita prenatal

### Vea cómo está creciendo su bebé y gane una recompensa de \$75.

Complete su primera visita prenatal dentro de los primeros tres meses de embarazo para ganar una recompensa. Si se unió a UCare después de su primer trimestre, todavía puede ganar una recompensa al ver a un médico o partera en el plazo de los 42 días posteriores a su inscripción.

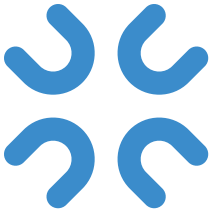
Programa su control en persona o en una visita de telesalud si la ofrece su médico. Una visita de telesalud es una cita programada. Ofrece la conveniencia de hablar con su médico usando un teléfono, computadora o dispositivo móvil.

### 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 informarle que tuvo un bebé:

- Las miembros de UCare Connect, UCare Connect + Medicare, el Programa de asistencia médica prepaga (Prepaid Medical Assistance Program, PMAP) y MinnesotaCare deben comunicarse con su trabajador del condado.
- Las miembros de UCare Individual & Family Plans y UCare Individual & Family Plans with M Health Fairview deben comunicarse con MNsure.

Administre sus recompensas y averigüe para qué otras recompensas puede ser elegible; inicie sesión o cree una cuenta de miembro en línea en [member.ucare.org](https://member.ucare.org). Una vez que haya iniciado sesión, vaya a Health & Wellness (Salud y bienestar) y luego a Wellness, Rewards & Allowance (Bienestar, recompensas y asignación). 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

## Primera visita prenatal

Este cupón debe enviarse por correo a UCare en el plazo de los 120 días posteriores a la fecha del servicio. Utilice tinta negra. Deben completarse todos los campos. Espere de 4 a 6 semanas para recibir la recompensa.

### A completar por la miembro:

Número de identificación de miembro de UCare \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la miembro \_\_\_\_\_

Nombre de la miembro \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

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

Fecha de la visita prenatal de 2025 \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ Edad gestacional \_\_\_\_\_

¿Fue 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 prenatal 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)*

Correo postal:

ATTN HEALTH PROMOTION

UCARE

PO BOX 52

MINNEAPOLIS, MN 55440-9682

H5937\_7381\_122024\_C

U2089 Spanish (U7381) (02/2025)



## Términos y condiciones

- Límite de una recompensa por programa por embarazo para las miembros elegibles.
- La afiliada debe estar inscrita en uno de estos planes en el momento del examen, prueba o control y en el momento del canje: Individual & Family Plans, UCare Connect + Medicare, UCare Connect, Programa de asistencia médica prepaga o MinnesotaCare.
- La fecha de servicio debe ser en el año del plan que figura en el cupón y el cupón debe enviarse por correo a UCare en el plazo de 120 días posteriores al examen, prueba o examen de detección.
- Las miembros deben hacer que el proveedor complete y firme el cupón antes de devolverlo.
- Los cupones incompletos o no elegibles serán denegados, y se le notificará por correo.
- Los dólares de recompensa se cargarán en su tarjeta Healthy Benefits+ Visa®. Si no ha recibido una tarjeta, se le enviará una por correo.
- Los dólares de recompensa de su tarjeta Healthy Benefits+ Visa vencerán a los 365 días de la fecha de depósito. Si su plan se cancela, todos los fondos de su tarjeta Healthy Benefits+ Visa vencerán.
- Las recompensas están sujetas a cambios. UCare se reserva el derecho de denegar recompensas por cualquier motivo.

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

ያስተውሉ፡ ካለምንም ክፍያ ይህንን ዶኩመንት የሚተረጉምሎ 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 សូមហៅទូរសព្ទតាមលេខខាងលើ ។

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 ntauv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သုဉ်ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်. ဝဲနမ့ၢ်လိဉ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤကလိလၢတၢ်ကကျိးထံဝဲဒၣ်လံာ် တီလံာ်မိတခါအံၤန့ၣ်,ကိးဘဉ်လီၤတဲစိနီၢ်ဂံၢ်လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

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

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ພຣີ, ຈົ່ງ ໂທໂປຣໂປທິໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

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.

## Civil Rights Notice

**Discrimination is against the law. UCare** does not discriminate on the basis of any of the following:

- race
- color
- national origin
- creed
- religion
- sexual orientation
- public assistance status
- age
- disability (including physical or mental impairment)
- sex (including sex stereotypes and gender identity)
- marital status
- political beliefs
- medical condition
- health status
- receipt of health care services
- claims experience
- medical history
- genetic information

You have the right to file a discrimination complaint if you believe you were treated in a discriminatory way by UCare. You can file a complaint and ask for help filing a complaint in person or by mail, phone, fax, or email at:

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Toll Free: 1-800-203-7225

TTY: 1-800-688-2534

Fax: 612-884-2021

Email: [cag@ucare.org](mailto:cag@ucare.org)

**Auxiliary Aids and Services: UCare** provides auxiliary aids and services, like qualified interpreters or information in accessible formats, free of charge and in a timely manner to ensure an equal opportunity to participate in our health care programs. **Contact** UCare at 612-676-3200 (voice) or 1-800-203-7225 (voice), 612-676-6810 (TTY), or 1-800-688-2534 (TTY).

**Language Assistance Services: UCare** provides translated documents and spoken language interpreting, free of charge and in a timely manner, when language assistance services are necessary to ensure limited English speakers have meaningful access to our information and services. **Contact** UCare at 612-676-3200 (voice) or 1-800-203-7225 (voice), 612-676-6810 (TTY), or 1-800-688-2534 (TTY).

## Civil Rights Complaints

You have the right to file a discrimination complaint if you believe you were treated in a discriminatory way by UCare. You may also contact any of the following agencies directly to file a discrimination complaint.

### U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR)

You have the right to file a complaint with the OCR, a federal agency, if you believe you have been discriminated against because of any of the following:

- race
- color
- national origin
- age
- disability
- sex
- religion (in some cases)

Contact the OCR directly to file a complaint:

Office for Civil Rights  
 U.S. Department of Health and Human Services  
 Midwest Region  
 233 N. Michigan Avenue, Suite 240  
 Chicago, IL 60601  
 Customer Response Center: Toll-free: 800-368-1019  
 TDD Toll-free: 800-537-7697  
 Email: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

### **Minnesota Department of Human Rights (MDHR)**

In Minnesota, you have the right to file a complaint with the MDHR if you have been discriminated against because of any of the following:

- race
- color
- national origin
- religion
- creed
- sex
- sexual orientation
- marital status
- public assistance status
- disability

Contact the **MDHR** directly to file a complaint:

Minnesota Department of Human Rights  
 540 Fairview Avenue North, Suite 201  
 St. Paul, MN 55104  
 651-539-1100 (voice)  
 800-657-3704 (toll-free)  
 711 or 800-627-3529 (MN Relay)  
 651-296-9042 (fax)  
[Info.MDHR@state.mn.us](mailto:Info.MDHR@state.mn.us) (email)

### **Minnesota Department of Human Services (DHS)**

You have the right to file a complaint with DHS if you believe you have been discriminated against in our health care programs because of any of the following:

- race
- color
- national origin
- religion (in some cases)
- age
- disability (including physical or mental impairment)
- sex (including sex stereotypes and gender identity)

Complaints must be in writing and filed within 180 days of the date you discovered the alleged discrimination. The complaint must contain your name and address and describe the discrimination you are complaining about. We will review it and notify you in writing about whether we have authority to investigate. If we do, we will investigate the complaint.

DHS will notify you in writing of the investigation's outcome. You have the right to appeal if you disagree with the decision. To appeal, you must send a written request to have DHS review the investigation outcome. Be brief and state why you disagree with the decision. Include additional information you think is important.

If you file a complaint in this way, the people who work for the agency named in the complaint cannot retaliate against you. This means they cannot punish you in any way for filing a complaint. Filing a complaint in this way does not stop you from seeking out other legal or administrative actions.

Contact **DHS** directly to file a discrimination complaint:

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 (voice) or use your preferred relay service