

UCare Advocate Choice (HMO I-SNP) ofrecido por UCare Minnesota

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente está inscrito como miembro de UCare Advocate Choice. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 8 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidence of Coverage (Evidencia de cobertura)*, que se encuentra en nuestro sitio web en **ucare.org/formembers**. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidence of Coverage*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Compruebe si los cambios en nuestros beneficios y costos le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluyendo restricciones a la cobertura y costo compartido.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Revise los cambios en la Drug List (Lista de medicamentos) de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos se cambia a un nivel diferente de costo compartido o si estarán sujetos a restricciones distintas, como autorización previa, terapia de pasos o límite de cantidad para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener “Extra Help” de Medicare.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.



2. **COMPARE:** Obtenga más información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y usted 2025 (Medicare & You 2025)*. Para obtener más ayuda, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en UCare Advocate Choice.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 612-676-3600 o al 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita) para obtener información adicional. Los usuarios de TTY deben llamar al 612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). El horario es de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.
- Si lo solicita, podemos darle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos si es necesario.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de UCare Advocate Choice

- UCare es un plan HMO I-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en UCare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a UCare Minnesota. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” se refiere a UCare Advocate Choice.

Y0120_2459_9827_082024_M

Notice of Nondiscrimination

UCare complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. UCare does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

We provide aids and services at no charge to people with disabilities to communicate effectively with us, such as TTY line, or written information in other formats, such as large print.

If you need these services, contact us at **612-676-3200 (voice)** or toll free at **1-800-203-7225 (voice)**, **612-676-6810 (TTY)**, or **1-800-688-2534 (TTY)**.

We provide language services at no charge to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters or information written in other languages.

If you need these services, contact us at the **number on the back of your membership card** or **612-676-3200** or toll free at **1-800-203-7225 (voice)**; **612-676-6810** or toll free at **1-800-688-2534 (TTY)**.

If you believe that UCare has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file an oral or written grievance.

Oral grievance

If you are a current UCare member, please call the number on the back of your membership card. Otherwise please call **612-676-3200** or toll free at **1-800-203-7225 (voice)**; **612-676-6810** or toll free at **1-800-688-2534 (TTY)**. You can also use these numbers if you need assistance filing a grievance.

Written grievance

Mailing Address

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Email: cag@ucare.org

Fax: 612-884-2021

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 612-676-3200/1-800-203-7225 (телетайп: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክሶኮ ቁጥር ይደውሉ 612-676-3200/1-800-203-7225 (መስማት ለተሳናቸው: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ဟံသုဂ်ဟံသး-နမ္မိကတိံ ကညိံ ကျိာအယိံ, နမနုာ် ကျိာအတၢ်မၤစၢလၢ တလၢကတၢၢ်လၢကတၢၢ် နိတမံဘၣ်သ့န့ၣ်လီၤ. ဝိ: 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស, រសវាជំនួយវេជ្ជកម្មភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 612-676-3200/1-800-203-7225 (رقم هاتف الصم والبكم: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 612-676-3200/1-800-203-7225 (ATS : 612-676-6810/1-800-688-2534).

주의: 한국어를 사용하지는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **612-676-3200/1-800-203-7225**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **612-676-3200/1-800-203-7225**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **612-676-3200/1-800-203-7225**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **612-676-3200/1-800-203-7225**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **612-676-3200/1-800-203-7225**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **612-676-3200/1-800-203-7225**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **612-676-3200/1-800-203-7225** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **612-676-3200/1-800-203-7225**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **612-676-3200/1-800-203-7225** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **612-676-3200/1-800-203-7225**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **612-676-3200/1-800-203-7225**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **612-676-3200/1-800-203-7225** र फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **612-676-3200/1-800-203-7225**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **612-676-3200/1-800-203-7225**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **612-676-3200/1-800-203-7225**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **612-676-3200/1-800-203-7225**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**612-676-3200/1-800-203-7225** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2025..... | 8 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año..... | 10 |
| Sección 1.1. Cambios en la prima mensual..... | 10 |
| Sección 1.2. Cambios en sus montos máximos de desembolso..... | 10 |
| Sección 1.3. Cambios en las redes de proveedores y farmacias..... | 11 |
| Sección 1.4. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... | 11 |
| Sección 1.5. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Part D..... | 13 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos..... | 17 |
| SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir..... | 17 |
| Sección 3.1. Si desea permanecer en UCare Advocate Choice..... | 17 |
| Sección 3.2. Si desea cambiar de plan..... | 17 |
| SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan..... | 18 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare..... | 19 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados..... | 19 |
| SECCIÓN 7 ¿Preguntas?..... | 21 |
| Sección 7.1. Obtener ayuda de UCare Advocate Choice..... | 21 |
| Sección 7.2. Obtener ayuda de Medicare..... | 21 |

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para UCare Advocate Choice en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|--|--|
| Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información. | \$0 | \$0 |
| Monto máximo de desembolso directo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de desembolso directo por sus servicios cubiertos de la Part A y la Part B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información). | \$4,500 | \$4,500 |
| Visitas al consultorio del médico | Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$0 de copago por visita para un especialista en el centro donde usted vive. \$45 de copago por visita para un especialista fuera del centro donde usted vive. | Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$0 de copago por visita para un especialista en el centro donde usted vive. \$45 de copago por visita para un especialista fuera del centro donde usted vive. |
| Estadías hospitalarias como paciente hospitalizado | Dentro de la red: \$0 de copago por día para los días 1-5. Después paga \$275 de copago por los días 6-10. A partir de entonces, usted paga \$0 de copago por los días cubiertos por Medicare. | Dentro de la red: \$0 de copago por día para los días 1-5. Después paga \$275 de copago por los días 6-10. A partir de entonces, usted paga \$0 de copago por los días cubiertos por Medicare. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Cobertura de medicamentos recetados de la Part D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p> | <p>Deducible: \$125, excepto por productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Part D para adultos.</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$3 de copago</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: \$15 de copago</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 de medicamentos: \$100 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 de medicamentos: 31% de coseguro</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Part D. Usted no paga nada | <p>Deducible: \$125, excepto por productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Part D para adultos.</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$3 de copago</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: \$15 de copago</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 de medicamentos: \$100 de copago Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5 de medicamentos: 31% de coseguro</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Part D. |

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--------------------|-----------------------|
| Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Part B de Medicare). | \$0 | \$0 |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige que pague una multa por inscripción tardía de la Part D de por vida por estar sin otra cobertura de medicamentos recetados que sea igual de buena que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (también se conoce como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1.2. Cambios en sus montos máximos de desembolso

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga usted de desembolso directo durante el año. A este límite se le llama el “monto máximo de desembolso directo”. Una vez que alcance esta cantidad, generalmente no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B durante el resto del año.

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| Monto máximo de desembolso directo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red cuentan para el monto máximo de desembolso directo. Sus costos de medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de desembolso directo. | Dentro de la red: \$4,500 Una vez que haya pagado \$4,500 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Part A y la Part B durante el resto del año calendario. | Dentro de la red: \$4,500 Una vez que haya pagado \$4,500 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Part A y la Part B durante el resto del año calendario. |

Sección 1.3. Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados dependen de qué farmacia utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en ucare.org/searchnetwork. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre el proveedor o la farmacia o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo postal, que le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Provider and Pharmacy Directory (Directorio de proveedores y farmacias)* para 2025 (ucare.org/searchnetwork) para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Provider and Pharmacy Directory* para 2025 (ucare.org/searchnetwork) para comprobar qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, póngase en contacto con Servicio al Cliente para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

| Descripción | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| Servicios dentales | Usted recibe una asignación anual de \$600 por año para servicios dentales preventivos e integrales cubiertos por Medicare. | Usted recibe una asignación anual de \$1325 por año para servicios dentales preventivos e integrales cubiertos por Medicare. |
| Observación hospitalaria como paciente ambulatorio | Usted paga \$365 de copago por servicios hospitalarios como paciente ambulatorio cubiertos por Medicare incluidos en una estadía única. | Usted paga \$275 de copago por servicios hospitalarios como paciente ambulatorio cubiertos por Medicare incluidos en una estadía única. |

| Descripción | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|---|---|
| Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio | Usted paga \$395 de copago por cada servicio hospitalario como paciente ambulatorio cubierto por Medicare, incluyendo observación, cirugía o procedimiento para paciente ambulatorio. | Usted paga \$275 de copago por cada servicio hospitalario como paciente ambulatorio cubierto por Medicare, incluyendo observación, cirugía o procedimiento para paciente ambulatorio. |
| Cirugía como paciente ambulatorio, incluyendo servicios brindados en centros para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria | Usted paga \$370 de copago por cada cirugía o procedimiento como paciente ambulatorio cubierto por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. | Usted paga \$275 de copago por cada cirugía o procedimiento como paciente ambulatorio cubierto por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. |
| Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos | El plan no cubre kits de apoyo para la memoria para miembros con demencia. | El plan cubre un kit de apoyo para la memoria por año para miembros con demencia. Solicite ayuda a su care coordinator (coordinador de atención) para pedir el kit. |
| Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos | El plan no cubre una tablet para miembros con depresión o ansiedad. | El plan cubre una tablet por año para miembros con depresión o ansiedad. |
| Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos | El plan cubre un nebulizador cubierto por Medicare para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) o insuficiencia cardíaca crónica. | El plan no cubre un nebulizador cubierto por Medicare para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) o insuficiencia cardíaca crónica. |

| Descripción | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|--|--|
| Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos | El plan cubre una balanza de telemonitorización para miembros con insuficiencia cardíaca congestiva. | El plan no cubre una balanza de telemonitorización para miembros con insuficiencia cardíaca congestiva. |
| Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos | El plan cubre un oxímetro de pulso cada dos años para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) o insuficiencia cardíaca congestiva. | El plan no cubre un oxímetro de pulso para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) o insuficiencia cardíaca congestiva. |
| Apoyo para cuidadores | El plan no cubre servicios de apoyo y capacitación para cuidadores. | El plan cubre servicios de apoyo y capacitación para cuidadores. Solicite a su care coordinator (coordinador de atención) más información sobre este servicio. |

Sección 1.5. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Part D

Cambios en nuestra Drug List (Lista de medicamentos)

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Drug List (Lista de medicamentos). Una copia de nuestra Drug List (Lista de medicamentos) se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra Drug List (Lista de medicamentos), que pueden incluir sacar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que aplican a la cobertura de determinados medicamentos o moverlos a un nivel diferente de costo compartido. **Revise la Drug List (Lista de medicamentos) para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para verificar si habrá alguna restricción, o si su medicamento se ha cambiado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Drug List (Lista de medicamentos) son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Drug List (Lista de medicamentos) al menos mensualmente para brindar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidence of Coverage* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Drug List (Lista de medicamentos) si lo sustituimos por una nueva versión de medicamento genérico y con las mismas o menos reglas que el medicamento de marca al que sustituye. Además, al añadir un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Drug List (Lista de medicamentos), pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones, o ambos.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser sustituido por un biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no consiga el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realizamos, pero puede llegar después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver definiciones de tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidence of Coverage*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también brinda información al cliente sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA:

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>.

También puede comunicarse con Servicio al Cliente al número que figura al final de la página o pedir más información a su proveedor de atención médica, profesional que receta o farmacéutico.

Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Extra Help”), **la información sobre los costos de medicamentos con receta de la Part D puede no aplicar a usted.** Le enviamos un inserto separado, llamado *Cláusula de la Evidence of Coverage para personas que reciben “Extra Help” para pagar los medicamentos recetados* (también denominada *Cláusula de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), que le informa acerca de los costos de sus medicamentos. Si recibe “Extra Help” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre, llame a Servicio al Cliente y solicite la Cláusula LIS.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. La Etapa de vacío de cobertura y el Programa de descuento para la Etapa de vacío de cobertura ya no existen en el beneficio de la Part D.

El Programa de descuento para la Etapa de vacío de cobertura también se reemplazará con el Programa de descuento del fabricante. En virtud del Programa de descuento del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo por los medicamentos de marca y productos biológicos de la Part D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por el Programa de descuento del fabricante no cuentan para sus costos de desembolso directo.

Cambios en la Etapa de deducible

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>El deducible no aplica a productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Part D, incluyendo herpes zóster, tétanos y vacunas para viajes.</p> | <p>El deducible es de \$125.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3 por medicamentos en el Nivel 1, \$15 por medicamentos en el Nivel 2 y el costo completo por medicamentos en los Niveles 3 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> | <p>El deducible es de \$125.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3 por medicamentos en el Nivel 1, \$15 por medicamentos en el Nivel 2 y el costo completo por medicamentos en los Niveles 3 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> |

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta tabla son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidence of Coverage</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Drug List (Lista de medicamentos). Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Drug List (Lista de medicamentos).</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Part D están cubiertas sin costo para usted.</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$3 por receta.</p> <p>Nivel 2 Medicamentos genéricos: Usted paga \$15 por receta.</p> <p>Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 Medicamentos no preferidos:</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$3 por receta.</p> <p>Nivel 2 Medicamentos genéricos: Usted paga \$15 por receta.</p> <p>Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4 Medicamentos no preferidos:</p> |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|-------|---|---|
| | <p data-bbox="732 260 1079 436">Usted paga \$100 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p data-bbox="732 472 1079 648">Nivel 5 Medicamentos de especialidad: Usted paga el 31% del costo total.</p> <hr data-bbox="732 678 1079 682"/> <p data-bbox="732 688 1079 898">Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de vacío de cobertura).</p> | <p data-bbox="1122 260 1469 436">Usted paga \$100 por receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p data-bbox="1122 472 1469 648">Nivel 5 Medicamentos de especialidad: Usted paga el 31% del costo total.</p> <hr data-bbox="1122 678 1469 682"/> <p data-bbox="1122 688 1469 934">Una vez que haya pagado \$2,000 de costo de desembolso directo por sus medicamentos de la Part D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).</p> |

Cambios en la Etapa de vacío de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica

Cambios en Etapa de cobertura catastrófica

La Etapa de cobertura catastrófica es la tercera etapa y la final. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por medicamentos de marca y productos biológicos de la Part D cubiertos durante la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuento del fabricante no cuentan para sus costos de desembolso directo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, en su *Evidence of Coverage*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

| Descripción | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|--|--|---|
| Administrador de beneficios dentales | Delta Dental administra los servicios dentales en nombre de UCare. | DentaQuest administra los servicios dentales en nombre de UCare. |
| Plan de pago de medicamentos de Medicare | No corresponde | El Plan de pago de medicamentos de Medicare es una nueva opción que funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar los costos de medicamentos repartiéndolos en pagos mensuales que varían durante el año (enero – diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con Servicio al Cliente o visite Medicare.gov. |

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1. Si desea permanecer en UCare Advocate Choice

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan UCare Advocate Choice.

Sección 3.2. Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,

- – *O* – Puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Part D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, UCare Minnesota ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en UCare Advocate Choice.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en UCare Advocate Choice.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto.
 - – *O* – Comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida que cancelen la inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Extra Help” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura a través de un empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si recientemente se mudó a, o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de planes o cambiar a Original Medicare por dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en cada estado. En Minnesota, el SHIP se denomina Senior LinkAge Line®.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. Los consejeros de Senior LinkAge Line® pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a Senior LinkAge Line® a los números de teléfono que se incluyen a continuación.

SHIP de Minnesota

Senior LinkAge Line®

Minnesota Board on Aging

P.O. Box 64976

St. Paul, MN 55164-0976

1-800-333-2433 (esta llamada es gratuita)

TTY: llame al Servicio de Minnesota Relay al 711

www.seniorlinkageline.com

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, detallamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Extra Help” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para “Extra Help” para cubrir sus costos de medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no tendrán una multa por inscripción tardía. Para averiguar si califica para esta ayuda, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;

- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o
- Su oficina estatal de Medicaid.

- **Asistencia para el costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados a través del ADAP estatal. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame de lunes a viernes, de 8:30 am a 4:30 pm:

Área metropolitana de Twin Cities:

Teléfono: 651-431-2414

Fax: 651-431-7414

Todo el estado:

Teléfono: 1-800-657-3761 (esta llamada es gratuita)

TTY: 1-800-627-3529 (esta llamada es gratuita)

HIV/AIDS Programs

Department of Human Services

P.O. Box 64972

St. Paul, MN 55164-0972

- **El Plan de pago de medicamentos de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus costos de desembolso directo de medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a administrar los costos repartiéndolos en **pagos mensuales que varían durante el año** (enero – diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a manejar sus gastos, pero no le hace ahorrar dinero ni reduce sus costos de medicamentos.**
- La “Extra Help” de Medicare y la ayuda del ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 612-676-3600 o al 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita), de 8 am – 8 pm, los siete días de la semana. Para usuarios de TTY, llame al 612-676-6810 o al 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita), de 8 am – 8 pm, los siete días de la semana, o visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1. Obtener ayuda de UCare Advocate Choice

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al Cliente al 612-676-3600 o al 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita). Solo para usuarios de TTY: llame al 612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.

Lea su *Evidence of Coverage* 2025 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidence of Coverage* 2025 para UCare Advocate Choice. La *Evidence of Coverage* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidence of Coverage* se encuentra en nuestro sitio web en **ucare.org/formembers**. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidence of Coverage*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web **ucare.org**. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Provider and Pharmacy Directory*) y la *List of Covered Drugs (Lista de medicamentos cubiertos) (Formulary/Drug List (Formulario/Lista de medicamentos))*.

Sección 7.2. Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted* 2025

Lea el manual *Medicare y usted* 2025. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



500 Stinson Blvd. NE

Minneapolis, MN 55413-2615

612-676-3600 o 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita)

TTY: 612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita),

de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana

ucare.org

U12664 Spanish (U9827) (08/2024) © 2024 UCare. Todos los derechos reservados.