

# UCare Value Plus (HMO-POS) ofrecido por UCare Minnesota

## Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente está inscrito como miembro de UCare Value Plus. 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, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- 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](http://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 Value Plus.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción con UCare Value Plus.
- Si se mudó recientemente a o está recibiendo atención en una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de planes o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, puede cambiar de planes o cambiar a Original Medicare por dos meses completos después del mes en que se mudó.

### **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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### **Acerca de UCare Value Plus**

- UCare es un plan HMO-POS 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 Value Plus.
- Este plan no incluye cobertura de medicamentos recetados de Medicare Part D y usted no puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de la Medicare Part D por separado al mismo tiempo. Nota: Si no tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare u otra cobertura de medicamentos acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.

Y0120\_2459\_9846\_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](mailto: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 ሚክሰሎው ቁጥር ይደውሉ 612-676-3200/1-800-203-7225 (መስማት ለተሳናቸው: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ဟံသုဂ်ဟံသး-နုမ္မိကတိံ ကညိံ ကျိဝ်အယိံ, နမနုာ် ကျိဝ်အတၢ်မၤစၢလၢ 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

<b>Resumen de costos importantes para 2025.....</b>	<b>8</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>	<b>9</b>
Sección 1.1. Cambios en la prima mensual.....	9
Sección 1.2. Cambios en sus montos máximos de desembolso.....	9
Sección 1.3. Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	10
Sección 1.4. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	11
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir.....</b>	<b>11</b>
Sección 3.1. Si desea permanecer en UCare Value Plus.....	11
Sección 3.2. Si desea cambiar de plan.....	12
<b>SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan.....</b>	<b>12</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas?.....</b>	<b>14</b>
Sección 7.1. Obtener ayuda de UCare Value Plus.....	14
Sección 7.2. Obtener ayuda de Medicare.....	15

## Resumen de costos importantes para 2025

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan</b> Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
<b>Monto máximo de desembolso directo</b> 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).	<b>Dentro de la red:</b> \$5,500  <b>Fuera de la red:</b> \$7,500	<b>Dentro de la red:</b> \$5,500  <b>Fuera de la red:</b> \$7,500
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	<b>Dentro de la red:</b> Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$45 de copago por visita  <b>Fuera de la red:</b> Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$45 de copago por visita	<b>Dentro de la red:</b> Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$45 de copago por visita  <b>Fuera de la red:</b> Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$45 de copago por visita
<b>Estadías hospitalarias como paciente hospitalizado</b>	<b>Dentro de la red:</b> \$150 de copago por día para los días 1-5. A partir de entonces, usted paga \$0 de copago por los días cubiertos por Medicare.  <b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro	<b>Dentro de la red:</b> \$150 de copago por día para los días 1-5. A partir de entonces, usted paga \$0 de copago por los días cubiertos por Medicare.  <b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro



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

---

### **Sección 1.1. Cambios en la prima mensual**

---

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Prima mensual</b> (Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Part B).	\$0	\$0
<b>Choice Dental (beneficio complementario opcional)</b>	\$25	\$29
<b>Reducción de la prima de la Part B</b>	\$50	\$75

### **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.

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Monto máximo de desembolso directo</b>	<b>Dentro de la red:</b> \$5,500	<b>Dentro de la red:</b> \$5,500
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para el monto máximo de desembolso directo dentro de la red. Su prima del plan no cuenta para su monto máximo de desembolso directo.	Una vez que haya pagado \$5,500 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.	Una vez que haya pagado \$5,500 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.
	<b>Fuera de la red:</b> \$7,500	<b>Fuera de la red:</b> \$7,500
	Una vez que haya pagado \$7,500 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.	Una vez que haya pagado \$7,500 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 directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [ucare.org/searchnetwork](https://ucare.org/searchnetwork). También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre el proveedor o para solicitarnos un directorio, 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) 2025* ([ucare.org/searchnetwork](https://ucare.org/searchnetwork)) para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) 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.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por día por los días 1-20; \$203 de copago por día por los días 21-100, por período de beneficios.	Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago por día por los días 1-0; \$214 de copago por día por los días 21-100, por período de beneficios.
Transporte terrestre de emergencia en todo el mundo	Usted paga \$100 de copago por cada transporte de emergencia terrestre en todo el mundo de ida o vuelta.	Usted paga \$200 de copago por cada transporte de emergencia terrestre en todo el mundo de ida o vuelta.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

---

Costo	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.

## SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

---

### Sección 3.1. Si desea permanecer en UCare Value Plus

---

**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 Value Plus.

## 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, puede tener 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](http://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 Value Plus.
- 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 Value Plus.
- 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® se denomina 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](http://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.
- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)?** 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. 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 en Minnesota. Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, 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. Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede seguir brindándole asistencia con el costo compartido para medicamentos de Medicare Part D que figuran en el formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción del ADAP local si hay algún cambio en el nombre del plan de Medicare Part D o número de póliza. Puede comunicarse con ellos a los números de abajo.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de su estado 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

## **SECCIÓN 7      ¿Preguntas?**

---

### **Sección 7.1. Obtener ayuda de UCare Value Plus**

---

¿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 Value Plus. 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*).

## **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](http://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](http://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](https://ucare.org)**

U12668 Spanish (U9846) (08/2024) © 2024 UCare. Todos los derechos reservados.