



Resumen de beneficios de 2024

Planes UCare Medicare con M Health Fairview
y North Memorial



Planes que ofrecen **programas adicionales**
y **ahorros de costos** con una red específica
de proveedores

UCare crea asociaciones para cuidar su salud

Puede aprovechar al máximo sus dólares para atención médica y acceder a todo tipo de atención que pueda necesitar con nuestros planes M Health Fairview y North Memorial Health. Además de la atención de alta calidad que recibirá de M Health Fairview y North Memorial Health, también puede ver a especialistas de la Universidad de Minnesota y muchos proveedores independientes. Y nunca necesitará una remisión para ver a un especialista.

Usted obtendrá la misma gran cobertura en muchos proveedores fuera del estado con la red nacional MultiPlan. También obtiene cobertura fuera de la red con cualquier proveedor que acepte Medicare, pero puede pagar más. Para encontrar un médico en la red del plan o ver si sus recetas están en nuestra lista de medicamentos cubiertos, vaya a ucare.org/medicare123 y elija "Medicare with M Health Fairview & North Memorial Health" (Medicare con M Health Fairview & North Memorial Health) en "Pick your plan" (Elija su plan).

Elija entre dos planes

Care Wise: M Health Fairview & North Memorial (HMO-POS*)

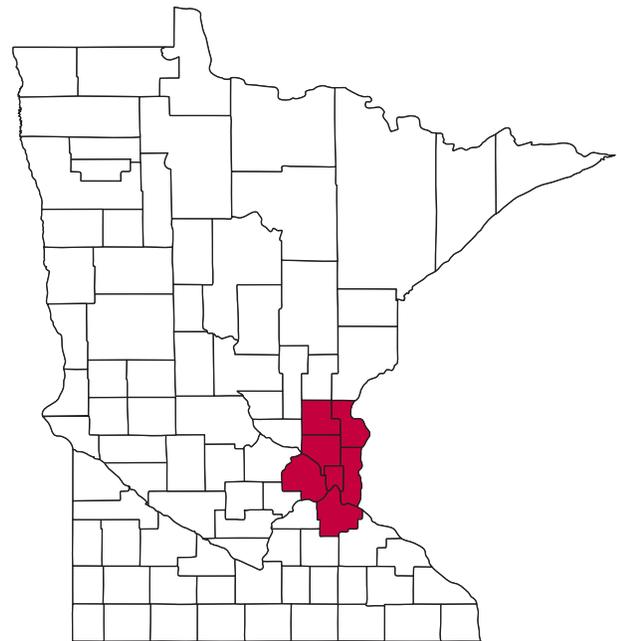
Care Core: M Health Fairview & North Memorial (HMO-POS*)

Para obtener información sobre los planes disponibles en otros condados, llámenos al 1-877-671-1064 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-688-2534) los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm (del 1 de octubre al 31 de marzo), de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm (del 1 de abril al 30 de septiembre).

Usted califica para Medicare si tiene 65 años o más o cumple con criterios especiales, trabajó durante al menos 10 años y pagó impuestos de Medicare (o su cónyuge lo hizo), y es ciudadano y residente permanente de los Estados Unidos. Para unirse a los planes UCare Medicare con M Health Fairview & North Memorial, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio, que se muestra en el mapa de arriba.

Este manual ofrece un resumen de lo que cubrimos y lo que usted tiene que pagar. No incluye todos los servicios que cubrimos ni cada una de sus limitaciones o exclusiones. Algunos servicios requieren autorización previa. Para acceder a una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la Evidencia de cobertura. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-671-1064 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-688-2534) para obtener más información.

*HMO-POS: Organización para el Mantenimiento de la Salud con un contrato de punto de servicio.



Condados de la zona metropolitana

Anoka, Chisago, Dakota, Hennepin, Isanti, Ramsey, Washington

Contenido

Detalles de los beneficios del plan	página 2
Prima mensual del plan para 2024.....	página 2
Máximo de desembolso directo	página 2
Atención hospitalaria.....	página 2
Visitas al médico.....	página 2
Atención preventiva.....	página 3
Pruebas de diagnóstico, radioterapia, radiografías y servicios de laboratorio	página 3
Servicios para la audición.....	página 3
Cobertura dental	página 4
Servicios de la vista	página 4
Servicios de salud mental.....	página 5
Atención en un centro de enfermería especializada.....	página 5
Otros servicios: incluye fisioterapia, ambulancia, atención quiropráctica y más.....	página 5
Cobertura al viajar	página 6
Cobertura de la Parte D de Medicare	página 7
Beneficios adicionales	página 8
Inscripción	página 9
Información adicional	página 10
Planes de un vistazo	página 19

Detalles de los beneficios del plan

	Care Wise	Care Core
Prima mensual del plan para 2024 (usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare)	\$0	\$28
Devolución de la prima de la Parte B de Medicare	\$25	\$0
Deducible médico	\$0	\$0
Deducible de la Parte D de Medicare	Nivel 1 = \$0 Niveles 2 - 5 = \$480	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 - 5 = \$295
Máximo de desembolso directo Lo máximo que pagará de gasto de bolsillo por servicios cubiertos por Medicare dentro de la red cada año. Excluye la Parte D de Medicare y todos los otros servicios y primas cubiertos que no pertenezcan a Medicare. Esto no es un deducible.	\$5,800; después 100% cubierto	\$5,500; después 100% cubierto
Atención hospitalaria		
Atención hospitalaria de paciente hospitalizado (por admisión)	\$350 de copago por día (días 1 - 5); después 100% cubierto	\$250 de copago por día (días 1 - 5); después 100% cubierto
Atención hospitalaria o procedimiento para paciente ambulatorio	\$395 de copago	\$250 de copago
Centro de cirugía ambulatoria	\$395 de copago	\$250 de copago
Visitas al médico (en persona o mediante telesalud para servicios aprobados por Medicare)		
Atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialista	\$45 de copago	\$40 de copago
Visitas electrónicas a través de M Health Fairview MyChart	\$0 de copago	\$0 de copago

	Care Wise	Care Core
Atención preventiva		
Examen físico de rutina	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto

Para las próximas cuatro filas, se aplica el monto de \$0 de copago dentro y fuera de la red para ambos planes.

Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (si está en los primeros 12 meses de la Parte B)	\$0 de copago	\$0 de copago
Examen de bienestar anual (si hace más de 12 meses que tiene la Parte B)	\$0 de copago	\$0 de copago
Vacunas contra la gripe y la neumonía	\$0 de copago	\$0 de copago
Examen de mamografía, examen de detección del cáncer de próstata, medición de masa ósea, examen de detección de diabetes, examen de detección preventivo del cáncer colorrectal	\$0 de copago	\$0 de copago

Atención de emergencia/urgencia: la red no aplica

Atención de emergencia	\$100 de copago	\$100 de copago
Servicios necesarios de urgencia	\$45 de copago	\$45 de copago

Pruebas de diagnóstico, radioterapia, radiografías y servicios de laboratorio

Pruebas de diagnóstico (por ejemplo, RMN y TC), radioterapia y radiografías	20% de coseguro	10% de coseguro hasta un máximo de \$150 por día
Servicios de laboratorio (por ejemplo, índice internacional normalizado [INR] del tiempo de protrombina, colesterol)	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago

Servicios para la audición

Examen de la audición de diagnóstico	\$50 de copago	\$40 de copago
Examen de audición de rutina anual, adaptación y evaluación de audífonos a través de TruHearing® (ilimitado)	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto
Los audífonos de TruHearing están disponibles en modelos Advanced y Premium (por dos cantidades de copago diferentes; dos audífonos por año)	\$699 de copago para Advanced \$999 de copago para Premium	\$699 de copago para Advanced \$999 de copago para Premium

En general, el costo compartido fuera de la red en los EE.UU. es el 25%. El costo compartido es el mismo tanto dentro como fuera de la red para algunos servicios.

	Care Wise	Care Core
Cobertura dental		
Deducible	\$0	\$100 por año (no se aplica a servicios preventivos ni limpiezas de mantenimiento periodontal)
Máximo anual del plan	\$850	\$2,000
Exámenes orales	Cubierto hasta el límite de asignación de hasta \$850	Dos por año
Limpiezas de rutina		Dos por año
Radiografías		Radiografía de mordida anual y boca completa cada 5 años
Tratamiento con fluoruro		Cubierto
Limpiezas de mantenimiento periodontal		Cubierto
Servicios básicos de restauración (por ejemplo, empastes, endodoncias, servicios periodontales)		50% de coseguro
Procedimientos de restauración importantes (por ejemplo, coronas, puentes, implantes, dentaduras postizas)		70% de coseguro
Servicios de la vista		
Examen de los ojos de diagnóstico	\$50 de copago	\$40 de copago
Examen ocular de rutina anual y hasta dos refracciones al año	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto
Examen de retinopatía diabética	\$0 de copago	\$0 de copago
Anteojos o lentes de contacto recetados después de cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación anual para anteojos o lentes de contacto recetados en su minorista de anteojos preferido	\$100	\$100

Para conocer las limitaciones y exclusiones dentales, consulte la página 12.

	Care Wise	Care Core
Servicios de salud mental		
Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado (límite de 90 días por estadía) Limitado a 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico	\$350 de copago por día (días 1 – 5); después 100% cubierto	\$250 de copago por día (días 1 – 5); después 100% cubierto
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago
Atención en un centro de enfermería especializada (o cama adaptable)¹		
Atención en un centro de enfermería especializada sin que se exija una estadía hospitalaria previa de 3 días	\$0 de copago por día por los días 1 – 20; \$203 de copago por día por los días 21 – 100; por período de beneficios	\$0 de copago por día por los días 1 – 20; \$203 de copago por día por los días 21 – 100; por período de beneficios
Otros servicios		
Fisioterapia	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Ambulancia (dentro de los EE.UU. y sus territorios) Incluye aérea y terrestre	\$300 de copago	\$300 de copago
Transporte (no emergencia)	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare ² Por lo general, medicamentos que debe administrar un profesional de la salud	20% de coseguro	20% de coseguro
Servicios quiroprácticos a través de la red de ChiroCare ¹ Manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir una subluxación	Dentro de la red \$20 de copago Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red \$20 de copago Fuera de la red No cubierto
Acupuntura Todos los planes cubren la acupuntura para el dolor lumbar crónico, según los criterios de Medicare	Se aplican copagos para la consulta con el médico (consulte la página 2)	Se aplican copagos para la consulta con el médico (consulte la página 2)
Servicios de podiatría	\$45 de copago	\$40 de copago
Asignación para productos de venta libre (Over-the-counter, OTC)	\$75 de asignación dos veces por año	\$75 de asignación dos veces por año
Consulta telefónica con Caregiver Assurance	\$0 de copago	\$0 de copago
UCare Wellness Advisor Cubre seis sesiones de 60 minutos al año	\$0 de copago	\$0 de copago

¹El servicio requiere una autorización previa.

²El servicio requiere una autorización previa. Determinados medicamentos pueden tener un coseguro más bajo. No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de insulina de la Parte B.

	Care Wise	Care Core
Otros servicios (continuación)		
Equipo médico duradero ³ (por ejemplo, equipo de oxígeno, presión positiva continua [Continuous Positive Airway Pressure, CPAP])	Dentro de la red 20% de coseguro Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red 20% de coseguro Fuera de la red No cubierto
Dispositivos de prótesis (por ejemplo, férulas, bolsas de colostomía y suministros)	20% de coseguro	20% de coseguro
Suministros para diabéticos	20% de coseguro	20% de coseguro
• Monitores continuos de glucosa en sangre	20% de coseguro	10% de coseguro
• Otros monitores de glucosa	20% de coseguro	10% de coseguro
• Tiras reactivas y lancetas	20% de coseguro	10% de coseguro
• Plantillas y zapatos	20% de coseguro	10% de coseguro
(insulina y jeringas cubiertas por la Parte D de Medicare)		
Cobertura al viajar		
Además de la cobertura dentro de la red que obtiene con los proveedores de la red de UCare con M Health Fairview y North Memorial Health y en los proveedores de la red MultiPlan fuera del estado, también tiene cobertura en otros proveedores que aceptan Medicare, pero puede pagar más.		
La mayoría de los demás servicios que no son de emergencia recibidos fuera de la red	25% de coseguro	25% de coseguro
Atención de emergencia	\$100 de copago	\$100 de copago
Servicios necesarios de urgencia	\$45 de copago	\$45 de copago
Ambulancia (dentro de los EE.UU. y sus territorios) Incluye aérea y terrestre	\$300 de copago	\$300 de copago
Atención de emergencia en todo el mundo (fuera de EE.UU. y sus territorios)		
Atención de emergencia, incluida la estabilización posterior a la estabilización	\$100 de copago	\$100 de copago
Ambulancia terrestre al hospital más cercano para recibir atención de emergencia	\$100 de copago	\$100 de copago

³El servicio requiere una autorización previa.

Nota: Únicamente la cobertura de emergencia es internacional. Tal vez deba considerar la compra de una póliza de viaje por separado cuando viaje fuera de los EE.UU. para servicios, como una ambulancia aérea.

	Care Wise	Care Core
Cobertura de la Parte D de Medicare: incluida con estas opciones de planes sin prima adicional		
Costo compartido para el deducible: usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance este monto	Nivel 1 = \$0 Niveles 2 – 5 = \$480	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 – 5 = \$295
Etapas de cobertura inicial: de \$0 a \$5,030 en costos anuales de medicamentos recetados. Luego de alcanzar el deducible, paga los montos que aparecen a continuación		
Costo compartido (farmacia minorista)⁴		
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Farmacia minorista: suministro para 30 días \$0 de copago	Farmacia minorista: suministro para 30 días \$0 de copago
Nivel 2 Medicamentos genéricos	Farmacia minorista: suministro para 30 días \$15 de copago	Farmacia minorista: suministro para 30 días \$15 de copago
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos Insulina: \$35 de copago, sin deducible	Farmacia minorista: suministro para 30 días \$47 de copago	Farmacia minorista: suministro para 30 días \$47 de copago
Nivel 4 Medicamentos no preferidos Insulina: \$35 de copago, sin deducible	Farmacia minorista: suministro para 30 días \$100 de copago	Farmacia minorista: suministro para 30 días \$100 de copago
Nivel 5 Medicamentos de especialidad	Farmacia minorista: suministro para 30 días 25% de coseguro	Farmacia minorista: suministro para 30 días 28% de coseguro
Vacío de cobertura		
Una vez que alcance el monto de \$5,030 en el gasto anual en medicamentos recetados (su costo más el costo de UCare), pagará como se muestra a continuación	25% del costo de los medicamentos genéricos y de marca	25% del costo de los medicamentos genéricos y de marca
Cobertura catastrófica		
Una vez que alcance el monto de \$8,000 en el gasto anual de medicamentos recetados (excluyendo el costo de UCare), usted pagará \$0	\$0 de copago	\$0 de copago

⁴El costo compartido puede diferir según el tipo o estado de la farmacia (pedidos por correo, farmacia minorista, atención a largo plazo [Long-term care, LTC], infusión en el hogar), o de si la receta es para un suministro para 30, 60 días o suministro extendido para hasta 100 días, según lo recete su proveedor.

Requisitos o límites adicionales para los medicamentos cubiertos: algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Entre estos, se pueden incluir los siguientes: autorización previa (Prior Authorization, PA), límites en la cantidad (Quantity Limits, QL) o terapia escalonada (Step Therapy, ST). Visite ucare.org/medicare123 para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales. También puede solicitar que hagamos una excepción a esas restricciones o límites. En el formulario y la Evidencia de cobertura encontrará los detalles sobre cómo hacer dichas solicitudes.

Beneficios adicionales



Programa Caregiver Assurance

Con el programa Caregiver Assurance™ de M Health Fairview, el apoyo del cuidador está a solo una llamada de distancia. Un asesor de cuidadores dedicado proporciona orientación, recursos y remisiones de servicio para ayudar a aliviar el estrés que los cuidadores pueden experimentar. Los asesores de cuidadores son trabajadores sociales con licencia con capacitación y experiencia en cuidado y envejecimiento. Usted o su cuidador recibirán orientación adaptada a su situación y necesidades.



Programa UCare Wellness Advisor

En asociación con M Health Fairview, el programa UCare Wellness Advisor proporciona a los miembros un experto dedicado en bienestar que ofrece apoyo, asesoramiento y recursos para ayudar a administrar su bienestar emocional y mejorar la salud general. La ayuda está a solo una llamada de distancia y las conversaciones son completamente confidenciales.



Atención por teléfono o en línea

Las consultas de telemedicina están incluidas para los servicios aprobados por Medicare. Las consultas en línea (evaluación y diagnóstico en línea) a través de M Health Fairview MyChart están cubiertas para algunas afecciones.

tres maneras de inscribirse



en línea

ucare.org/medicare123

fácil y rápido

transferencia de datos segura

guarde la inscripción para finalizar más tarde



por correo

llene el formulario de inscripción y envíelo por correo en el sobre con el franqueo pagado



por teléfono

llame al 1-877-671-1064 para inscribirse con un especialista en ventas autorizado de Medicare

llame para buscar un agente confiable de UCare cerca de usted

Inscripción

Elija una clínica

Seleccione una clínica de atención primaria de la lista de clínicas de atención primaria que se incluye en su kit de información del plan. Puede ver a cualquier médico de esa clínica. Puede consultar a cualquier especialista de nuestra red sin una remisión.

Formularios por correo

Debemos recibir su solicitud de inscripción antes del mes previo al mes en el que desee que comience su cobertura (no con el sello postal colocado antes de esa fecha) (excepto durante el Período de elección anual; debe recibirse antes del 7 de diciembre para que entre en vigencia el 1 de enero).

Una vez que recibamos su solicitud de inscripción, sucederá lo siguiente:

- Es posible que lo llamemos si falta alguna información requerida en el formulario de inscripción
- Recibirá una carta en un lapso de 15 días para verificar su inscripción
- Puede recibir una carta nuestra si no tenía un plan de la Parte D de Medicare desde la fecha en que fue elegible por primera vez

- Es posible que reciba una carta nuestra si deja un plan de grupo de un empleador para inscribirse en nuestro plan
- Recibirá un nuevo paquete de miembro
- Recibirá una tarjeta de identificación de miembro de UCare que puede comenzar a utilizar en su fecha de entrada en vigencia

Si necesita servicios médicos o medicamentos recetados antes de recibir su tarjeta de identificación, llame a Servicio al Cliente al 1-888-618-2595 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-688-2534).

Cómo pagar sus primas

Puede optar por pagar su prima mensual:

- por cheque
- pago automático/transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT)
- Retiro del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario
- en línea en member.ucare.org

No envíe el pago con su formulario de inscripción.

Información adicional

Cobertura de la red de proveedores

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a proveedores de la red para obtener la atención médica y los servicios cubiertos en niveles de costo compartido dentro de la red. Entre las excepciones a esta regla se incluyen la atención de emergencia, la atención de urgencia, los servicios de diálisis fuera del área, los servicios de laboratorio, los exámenes preventivos cubiertos por Medicare y los casos en los que el plan autoriza consultar a proveedores fuera de la red. Puede obtener determinados servicios cubiertos de proveedores fuera de la red a través del beneficio de punto de servicio en distintos niveles de costo compartido.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UCare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Administración de la atención

La Administración de caso de UCare es un programa telefónico a corto plazo (de 3 a 6 meses) para miembros desafiados por múltiples condiciones de salud crónicas. Ofrecemos administración de la atención a miembros que presentan determinados diagnósticos y deben realizar la transición al hogar desde un hospital o centro de enfermería especializada. El equipo de administración de caso está formado por enfermeras registradas cuyo enfoque principal es ayudar a nuestros miembros con las necesidades de administración de casos médicos, como el apoyo a la toma de decisiones de salud y la educación específica de la enfermedad. El equipo de administración de caso también trabaja con recursos internos y externos para proporcionar al miembro el apoyo y la ayuda necesarios para lograr los mejores resultados de salud. Estos llevan a cabo la administración de la atención por teléfono durante el horario laboral.

Comprender la gestión de la utilización

Autorización previa

Una forma en que UCare garantiza una atención excelente es colaborando con sus profesionales de atención médica para evaluar servicios y

procedimientos específicos. Nuestro objetivo es garantizar que reciba la mejor atención posible para sus necesidades individuales. Este Resumen de beneficios brinda información sobre los tipos de atención o servicios que requieren notificación o autorización. Es importante tener en cuenta que esta lista puede cambiar periódicamente. Por ejemplo, algunos ejemplos de servicios que requieren aprobación previa incluyen cirugía de columna vertebral y atención médica domiciliaria.

Ofrecemos cobertura para determinados servicios que figuran en el cuadro de beneficios solo cuando su médico o proveedor obtienen nuestra aprobación por anticipado. Estos servicios aprobados incluyen servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados, pruebas de diagnóstico genético y molecular, cirugía de la columna lumbar, cirugía bariátrica, procedimientos venosos, estimuladores del crecimiento óseo y estimuladores de la médula espinal. Otros servicios que requieren autorización y/o notificación previa están marcados con un ^{1, 2, 3} en la tabla.

Autorización y notificación

Una de las maneras en que UCare se asegura de que reciba una excelente atención es asociándose con sus médicos para revisar ciertos tipos de servicios y procedimientos. Queremos que reciba la atención que mejor le convenga.

Este Resumen de beneficios señala qué tipos de atención o servicios requieren notificación o autorización. Esta lista puede cambiar de vez en cuando. Algunos ejemplos incluyen cirugía de columna vertebral y atención médica en el hogar.

Notificación

Los hospitales deben notificar a UCare si usted es ingresado en un hospital, un centro de atención de largo plazo o un centro de enfermería especializada. El equipo clínico de UCare colaborará con sus profesionales de atención médica para garantizar que reciba la atención necesaria. Si es necesario, UCare puede establecer atención poshospitalaria.

Autorización previa/revisión previa al servicio

Antes de que cualquier servicio pueda estar cubierto, su proveedor de atención médica debe obtener aprobación de UCare. Esto se aplica a los proveedores que forman parte de la red de

UCare, así como a aquellos que están fuera de la red. Para determinar la cobertura, el equipo clínico de UCare evalúa si el servicio es médicamente necesario, apropiado y eficaz para sus necesidades específicas. La autorización previa, también conocida como revisión previa al servicio, requiere que su proveedor envíe información a UCare y solicite su aprobación antes de que usted reciba el servicio. Si la aprobación previa es necesaria para el servicio específico, la cobertura solo se proporcionará si se ha otorgado la aprobación.

Revisión urgente/simultánea

Durante su estadía en un centro de atención a largo plazo o centro de enfermería especializada, pueden producirse revisiones urgentes y simultáneas. UCare evaluará si su atención debe continuar por un período más largo o si es necesaria atención alternativa.

Revisión posterior al servicio

La revisión posterior al servicio es necesaria en caso de que su médico no solicite una revisión previa al servicio. Es posible que su reclamo ya haya sido denegado porque se requiere autorización para la cobertura. Una vez que su médico envía una revisión, UCare evaluará cuidadosamente su situación y plan de atención para garantizar que reciba la cobertura a la que tiene derecho como miembro de UCare.

Apelación

Si rechazamos una solicitud hecha por usted o su médico, para servicios médicos o productos farmacéuticos, usted o su médico tienen la opción de apelar nuestra decisión. Al momento de presentar una apelación, usted o su médico pueden incluir documentación adicional que sea relevante para su caso. Las solicitudes de apelación se someten a una revisión exhaustiva por parte de los médicos, quienes las evalúan teniendo en cuenta la evidencia médica actual y su plan de beneficios. Si su apelación es rechazada, recibirá orientación sobre cómo proceder con una apelación de segundo nivel.

Obtenga más información

Ingrese a ucare.org y haga clic en "plan resources" (recursos del plan). Los miembros de UCare también pueden buscar servicios en sus documentos de Evidencia de cobertura y Aviso anual de cambios. Estos documentos dejan constancia si se requiere notificación y autorización. Cada año de renovación, los miembros reciben un Aviso anual de cambios que explica cualquier cambio en los beneficios de su plan.

Tenga en cuenta los límites de cobertura de Medicare

Los siguientes elementos y servicios no tienen cobertura con Original Medicare o nuestro plan:

- Los servicios que se considera que no son razonables y necesarios, según las normas de Original Medicare, a menos que estos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, así como equipos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Original Medicare, se administren como parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o los cubra nuestro plan. Los procedimientos y elementos experimentales son aquellos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no tienen aceptación general de la comunidad médica.
- Habitaciones privadas en un hospital, excepto cuando se considere médicamente necesario o sea la única opción disponible.
- Artículos personales en su habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Asistencia de apoyo (cuidado de custodia): atención brindada en un asilo, hospicio u otro entorno institucional en el que no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La asistencia de apoyo es la asistencia personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la asistencia que lo ayuda en las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.
- Servicios domésticos, como asistencia básica con las tareas del hogar, incluidos limpieza y mantenimiento leves o preparación ligera de comidas.
- Tarifas cobradas por la atención brindada por familiares directos o miembros del hogar.
- Cirugía o procedimientos cosméticos, a menos que estén cubiertos en caso de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones. Sin embargo, se cubren todas las etapas de reconstrucción de una mama luego de una mastectomía, así como los procedimientos en la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.

- Atención quiropráctica de rutina, a excepción de la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
- Comidas con entrega en el hogar.
- Cuidado de rutina de los pies, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
- Zapatos ortopédicos, a menos que sean parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o que los zapatos sean para una persona con la enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia visual y otras ayudas para la baja visión. Lentes, excepto un par de anteojos (o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas y lentes no cubiertos por Medicare hasta la cantidad permitida.
- Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.
- Acupuntura (excepto por dolor lumbar crónico).
- Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos).

Nuestro plan no cubre los servicios excluidos que se mencionan antes. Incluso si recibe dichos servicios en una institución de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos.

Limitaciones de la cobertura dental

Los límites de frecuencia y los períodos de espera no se aplican a los planes con una asignación dental anual. De lo contrario, estas limitaciones se aplican a todos los planes.

- Endodoncia: limitado a uno (1) por diente de por vida.
- Periodoncia (que no sean limpiezas de mantenimiento periodontal): la cobertura se limita a un (1) tratamiento periodontal no quirúrgico y un (1) tratamiento periodontal quirúrgico por cuadrante cada 36 meses.
- Injerto óseo: la cobertura se limita a una vez por sitio (reborde superior/inferior) junto con la construcción del reborde óseo necesario para la colocación exitosa de un implante o prótesis removible (dentaduras postizas parciales/completas).

- Servicios importantes de restauración: el beneficio del reemplazo de una corona o incrustación se proporcionará solo después de un período de 60 meses, medido desde la última fecha en que se realizó el servicio dental cubierto.
- Prótesis, removibles y fijas: un aparato protésico (dentadura postiza o puente) con el propósito de reemplazar un aparato existente estará cubierto solo después de 60 meses.
- Servicios de implante: reemplazo de una sola pieza dentaria. La cobertura de implantes se limita a una vez por diente de por vida (consulte también la exclusión n.º 18).

Exclusiones de la cobertura dental

Estas exclusiones son específicas de la cobertura dental. Algunas de estas exclusiones pueden estar cubiertas por su beneficio médico:

1. Servicios dentales que no están necesaria o específicamente cubiertos
2. Cargos por hospitalización u otros cargos del centro
3. Medicamentos recetados
4. Todo procedimiento dental llevado a cabo solamente como procedimiento cosmético
5. Cargos por procedimientos dentales completados antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del miembro
6. Servicios del anestesiólogo
7. Procedimientos, aparatos o restauraciones dentales que son necesarios para modificar, restaurar o mantener la oclusión, incluidos, entre otros: aumento de la dimensión vertical, reemplazo o estabilización de la estructura dental perdida por desgaste (uso), realineación de los dientes, entablillado periodontal y registros gnatológicos
8. Procedimientos de tratamiento de diagnóstico directo quirúrgico o no quirúrgicos aplicados a músculos o articulaciones de la mandíbula, excepto tal como se dispone bajo Cirugía oral en la Evidencia de cobertura
9. Material artificial implantado o injertado en el tejido blando, incluye extirpación quirúrgica de implantes, con excepciones
10. Examen periodontal e instrucción de higiene oral
11. Servicio para dientes retenidos en relación con una sobredentadura. Aparatos de sobredentadura limitados a una asignación por una dentadura completa estándar

12. Toda cirugía oral que incluya endodoncia quirúrgica (apicectomía, empaste de retrogrado) que no esté enumerado en Cirugía oral en la Evidencia de cobertura
13. Analgesia (óxido nítrico)
14. Dentaduras desmontables unilaterales
15. Procedimientos temporales
16. Ferulizaciones
17. Consultas del proveedor tratante y visitas al consultorio
18. Instalación inicial de implantes, dentaduras parciales o totales o prótesis dentales para reemplazar un diente o dientes extraídos antes de la fecha de entrada en vigor del miembro. Excepción: esta exclusión no se aplicará a ningún miembro que haya estado cubierto de forma continua por un plan UCare Medicare durante más de 24 meses
19. Análisis oclusal, protector oclusal (protectores nocturnos) y ajustes oclusales (limitados y completos)
20. Carillas (aislamiento de la cobertura de los dientes)
21. Procedimientos de tratamiento de ortodoncia
22. Correcciones a afecciones congénitas, que no sea un diente faltante congénito
23. Protector bucal atlético
24. Retratamiento o tratamiento adicional necesario para corregir o aliviar los resultados del tratamiento anterior, excepto como se indica en la Evidencia de cobertura
25. Retenedores de espacio

Aviso de prácticas de privacidad

Fecha de entrada en vigencia: 1 de julio de 2013

Fecha de la última revisión: 20 de julio de 2022

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica acerca de usted* y cómo usted puede tener acceso a esta información. Revíselo con cuidado.

**En este aviso, "usted" se refiere al miembro y "nosotros" se refiere a UCare.*

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas o desea presentar una queja, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad en UCare, Attn: Privacy Officer, PO Box 52, Minneapolis, MN 55440-0052, o llamando a nuestra línea directa de cumplimiento las 24 horas al 612-676-6525. También puede presentar una queja ante

la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. en la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., en: U.S. Department of Health & Human Services at the Office for Civil Rights, U.S. Department of Health & Human Services, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

¿Por qué le estamos diciendo esto?

UCare considera que es importante mantener la privacidad de su información de salud. De hecho, la ley nos obliga a hacerlo. La ley también nos obliga a informarle sobre nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad. Estamos obligados a seguir los términos del aviso que se encuentra vigente.

¿Qué se entiende por "información"?

En este aviso, cuando hablamos acerca de "información", "información médica" o "información de salud", nos referimos a la información sobre usted que podemos recopilar en nuestro negocio de proporcionarle cobertura médica para usted y su familia. Es información que le identifica a usted.

¿Qué clase de información utilizamos?

Recibimos información sobre usted como parte de nuestro trabajo al proporcionarle servicios del plan de salud y cobertura médica. Esta información incluye su nombre, dirección, fecha de nacimiento, raza, etnia, idioma, orientación sexual, identidad de género, números de teléfono, información familiar, información financiera, registros médicos y otra información de salud. Algunos ejemplos de la clase de información que recopilamos incluyen: la información de solicitudes de inscripción, reclamos, información de proveedores y encuestas sobre satisfacción del cliente o de salud; la información que usted nos proporciona cuando nos llama para hacer una pregunta o cuando presenta una queja o apelación; la información que necesitamos para responder a su pregunta o para decidir sobre su apelación y la información que usted nos proporciona para ayudarnos a obtener el pago de primas.

¿Qué hacemos con esta información?

Utilizamos su información para proporcionar servicios a los miembros del plan de salud y para operar nuestro plan de salud. Estos usos de rutina incluyen la coordinación de atención, salud preventiva y programas de administración de casos. Por ejemplo, podemos utilizar su información para

hablar con su médico para coordinar una remisión a un especialista.

También utilizamos su información para la coordinación de beneficios, estado de inscripción y elegibilidad, manejo de beneficios, manejo de utilización, facturación de primas, asuntos relacionados con reclamos y decisiones de cobertura. Por ejemplo, podemos utilizar su información para pagar por sus reclamos de atención médica.

Otros usos incluyen actividades de servicio al cliente, quejas y apelaciones, promoción de la salud, actividades de calidad, información de encuestas de salud, evaluación de riesgos médicos, estudios actuariales, clasificación de primas, cumplimiento legal y normativo, manejo de riesgos, evaluación de sus pares profesionales, credenciales, acreditación, actividades contra el fraude, así como planificación y administración de negocios. Por ejemplo, podemos utilizar su información para tomar una decisión sobre una apelación que usted presente.

No utilizamos ni divulgamos ninguna información genética, raza, etnia, idioma, orientación sexual o identidad de género con el propósito de suscribir.

Además, podemos utilizar su información para recordarle sus citas y para información sobre alternativas de tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que le puedan interesar. También podemos compartir información con miembros de la familia u otros que usted identifique como involucrados en su atención o con el patrocinador de un plan de salud colectivo, según corresponda.

No vendemos ni rentamos su información a nadie. No utilizamos ni divulgamos su información para recaudar fondos sin su permiso. Únicamente utilizaremos o divulgaremos su información para fines de comercialización con su autorización. Protegemos la información de los antiguos miembros de igual manera que la de los miembros actuales.

¿Quién ve su información?

Los empleados de UCare ven su información únicamente si es necesario para llevar a cabo su trabajo. Tenemos procedimientos y sistemas para proteger la información personal de aquellas personas que no tengan derecho a verla. Podemos compartir la información con proveedores y otras compañías o personas que trabajan con o para

nosotros. Tenemos contratos con esas compañías o personas. En esos contratos, solicitamos que ellos acepten mantener la confidencialidad de su información. Esto incluye a nuestros abogados, contadores, auditores, administradores terceros, agentes o corredores de seguros, compañías de sistemas de información, compañías de mercadeo, compañías de manejo de enfermedades o asesores.

También podemos compartir su información según lo requiera o permita la ley. La información se puede compartir con agencias gubernamentales y sus contratistas como parte de los informes reglamentarios, auditorías, informes de hallazgos, de notificación obligatoria, como abuso infantil, negligencia, o violencia doméstica, o en respuesta a una orden del tribunal o administrativa, citación o petición de proposición de prueba. Podemos compartir información con los organismos de supervisión de salud para obtener autorizaciones, inspecciones, medidas disciplinarias, auditorías, investigaciones, elegibilidad para programas del gobierno, el cumplimiento de las normas de un programa del gobierno y para ciertas acciones de cumplimiento de derechos civiles. También podemos compartir información para la investigación, para efectos de aplicación de la ley, con médicos forenses para permitir la identificación o determinar la causa de la muerte, o con los directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus funciones. Podemos estar obligados a compartir información con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar nuestros esfuerzos de cumplimiento. Puede haber otras situaciones en las que la ley nos exija o nos permita compartir información.

Únicamente compartiremos sus notas de psicoterapia con su autorización y en otras circunstancias limitadas.

Otros usos y divulgaciones no descritos anteriormente se harán solamente con su permiso por escrito. También aceptaremos el permiso de una persona autorizada para representarle.

En la mayoría de las situaciones, el permiso para representarle puede cancelarse en cualquier momento. No obstante, la cancelación no aplicará a los usos o divulgaciones que hicimos antes de recibir su cancelación. Además, una vez que tenemos el permiso para divulgar su información, no podemos prometer que la persona que recibe la información no la comparta.

¿Cuáles son sus derechos?

- Tiene derecho a pedirnos que no utilicemos o compartamos su información de cierta manera. *Tenga en cuenta que aunque trataremos de respetar su solicitud, no estamos obligados a aceptarla.*
- Tiene derecho a pedirnos que le enviemos información a la dirección que elija o a pedirnos que nos comuniquemos con usted de cierta manera. Por ejemplo, usted puede solicitar que su correspondencia se envíe a su dirección de trabajo en lugar de la dirección de su domicilio. Podemos pedirle que haga su solicitud por escrito.
- Tiene derecho a ver u obtener una copia de la información que tenemos acerca de usted. Esta información incluye los registros que utilizamos para tomar ciertas decisiones sobre cobertura médica, como registros de pago, de inscripción, de caso o de manejo médico. Podemos pedirle que haga su solicitud por escrito. También podemos pedirle que nos proporcione la información que necesitamos para responder a su solicitud. Tenemos derecho a cobrar una cuota razonable por el costo de hacer y enviar las copias. En algunos casos, podemos denegar su solicitud para inspeccionar o para obtener una copia de su información. Si denegamos su solicitud, se lo informaremos por escrito. Podemos darle el derecho a una revisión de la decisión. Háganos saber si tiene preguntas sobre esto.
- Tiene derecho a solicitarnos corregir o agregar información faltante sobre usted que tengamos en nuestros registros. Sus solicitudes deben ser por escrito. En algunos casos, podemos denegar una solicitud si la información está correcta y completa, si nosotros no la creamos, si no podemos compartirla o si no es parte de nuestros registros. Todas las denegaciones serán por escrito. Puede presentar una declaración escrita de desacuerdo con nosotros. Tenemos derecho a no estar de acuerdo con esa declaración. Incluso si denegamos su solicitud para cambiar o agregar a su información, usted todavía tiene derecho a que se incluya en su información su solicitud escrita, nuestra denegación escrita y su declaración de desacuerdo.
- Tiene derecho a recibir una lista de las veces en que hemos compartido su información, en algunos casos. Tenga en cuenta que no estamos obligados a proporcionarle una lista de la información compartida antes del 14 de abril de 2003; información compartida o utilizada con propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; información compartida con usted o con

alguien más como resultado de su autorización; información que se comparte como resultado de un uso o divulgación permitidas o información compartida por seguridad nacional o propósitos de inteligencia. Todas las solicitudes para esta lista deben ser por escrito. Necesitaremos que nos proporcione información específica para que podamos responder a su solicitud. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una cuota razonable. Si tiene preguntas acerca de esto, comuníquese con nosotros a la dirección proporcionada al final de este aviso.

- Tiene derecho a recibir notificaciones de violaciones de su información médica protegida no segura.
- De ser solicitada, tiene derecho a recibir de nosotros una copia de este aviso. Este aviso entró en vigencia el 1 de julio de 2013 y se revisó por última vez el 20 de julio de 2022.

¿Cómo protegemos su información?

UCare protege todas las formas de su información: escrita, electrónica y oral. Cumplimos con las leyes estatales y federales con relación a la seguridad y confidencialidad de su información. Es posible que implementemos procedimientos de seguridad que protejan en forma física, electrónica y administrativa su información contra pérdida, destrucción o mal uso. Entre estos procedimientos, se incluyen protecciones informáticas, archivos y edificios seguros, y restricción en cuanto a las personas que pueden acceder a su información.

¿Qué más necesita saber?

Podemos cambiar nuestra política de privacidad cada cierto tiempo. Como lo requiere la ley, le enviaremos nuestro aviso si lo solicita. Si tiene preguntas sobre este aviso, llame a Servicios al Cliente de UCare al número de teléfono gratuito que aparece en la parte trasera de su tarjeta de miembro. Esta información está disponible en otros formatos para personas con discapacidades. Solicítenos esta información.

Aviso de no discriminación

UCare cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. UCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

TruHearing es una marca registrada de TruHearing, Inc.

Brindamos ayudas y servicios sin cargo a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como línea de TTY o información escrita en otros formatos, como letra grande.

Si necesita estos servicios, llámenos al 612-676-3200 (voz) o a la línea gratuita al 1-800-203-7225 (voz), 612-676-6810 (TTY), o al 1-800-688-2534 (TTY).

Brindamos servicios lingüísticos sin cargo a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como intérpretes calificados o información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros al número que figura en el reverso de su tarjeta de membresía o al 612-676-3200 o a la línea gratuita al 1-800-203-7225 (voz); 612-676-6810 o gratis al 1-800-688-2534 (TTY).

Si cree que UCare no le proporcionó estos servicios o lo discriminó en otro aspecto por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja oral o escrita.

Reclamo oral

Si es miembro actual de UCare, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de membresía. En caso contrario, llame al 612-676-3200 o a la línea gratuita al 1-800-203-7225 (voz); 612-676-6810 o a la línea gratuita al 1-800-688-2534 (TTY). También puede usar estos números si necesita ayuda para presentar un reclamo.

Reclamo por escrito

Dirección postal

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Correo electrónico: cag@ucare.org

Fax: 612-884-2021

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono a:

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)

Los formularios de quejas están disponibles en <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).

ໂປດຊາຍ: 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 እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 612-676-3200/1-800-203-7225 (መስማት ለተሳናቸው: 612-676-6810/1-800-688-2534).

වැදගත් කරුණ: -နමුරාකර්ම කට්ටි කවුරුන්ටද, නමුත් කවුරුන්ටද, නමුත් කවුරුන්ටද, නමුත් කවුරුන්ටද, නමුත් කවුරුන්ටද. 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 ដោយមិនគិតល្មើស គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ 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 사용하시는 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).

Planes de un vistazo



Cindy

A Cindy le gusta que su médico de atención primaria esté en la red de proveedores de su plan. Ella está dispuesta a pagar un poco más cuando recibe atención. Con Care Wise, obtiene un gran valor, una prima mensual de \$0 y un reembolso de \$25 en su prima de la Parte B.



Robert

Robert goza de buena salud y quiere un plan asequible que cubra toda la atención que pueda necesitar. Le gusta que los especialistas estén incluidos en la red de Care Core y que no tenga un copago por las visitas a su médico de atención primaria. La cobertura dental y opciones de atención en línea son un bono.

	Care Wise	Care Core
Prima del plan (usted debe continuar pagando su prima de la Parte B)	\$0	\$28
Devolución de la prima de la Parte B de Medicare	\$25	
Médico y hospitalario	✓	✓
Programas de acondicionamiento físico	✓	✓
Dental	✓	✓
Anteojos recetados y audífonos	✓	✓
Asignación para productos de venta libre	✓	✓
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	✓	✓
Cobertura al viajar	✓	✓
Máximo de desembolso directo	\$5,800	\$5,500

tres maneras de inscribirse



en línea

ucare.org/medicare123

fácil y rápido

transferencia de
datos segura

guarde la inscripción
para finalizar más tarde



por correo

llene el formulario de
inscripción y envíelo
por correo en el
sobre con el franqueo
pagado



por teléfono

llame al 1-877-671-1064
para inscribirse con un
especialista en ventas
autorizado de Medicare

llame para buscar un
agente confiable de
UCare cerca de usted

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual Medicare y usted actual. Puede verlo en línea en medicare.gov o puede obtener una copia si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

UCare Health, Inc. es un plan HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en UCare Health depende de la renovación del contrato.



500 Stinson Blvd NE
Minneapolis, MN 55413
612-676-6645 | 1-877-671-1064 | TTY 1-800-688-2534
ucare.org

Y0120_0422_12928_082023_M

U12928 (08/2023) © 2023 UCare. Todos los derechos reservados.