



Resumen de beneficios de 2024

Planes UCare Advocate



Los planes ofrecen **coordinación de la atención** mejorada y **visitas a proveedores in situ** para mejorar la salud y calidad de vida de los miembros



UCare facilita la obtención de atención personalizada donde y cuando más la necesite.

Los miembros del plan:

- ✓ Tienen la Parte A y la Parte B de Medicare
- ✓ Viven en un centro participante dentro del área de servicio de 22 condados
- ✓ Reciben atención primaria a través de Bluestone Physician Services, CareChoice, Fairview Partners, Knute Nelson, Genevive o Lifespark Health
- ✓ Requieren un nivel de atención en un hogar de ancianos en un centro de enfermería especializada participante, centro de vida asistida o de cuidado de la memoria

¿Tiene preguntas? Obtenga respuestas.

¡Llame a un agente de UCare hoy!

1-877-671-1065; TTY 1-800-688-2534

8 am – 8 pm, los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo)

8 am – 8 pm, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)

snpsales@ucare.org | ucare.org/advocate

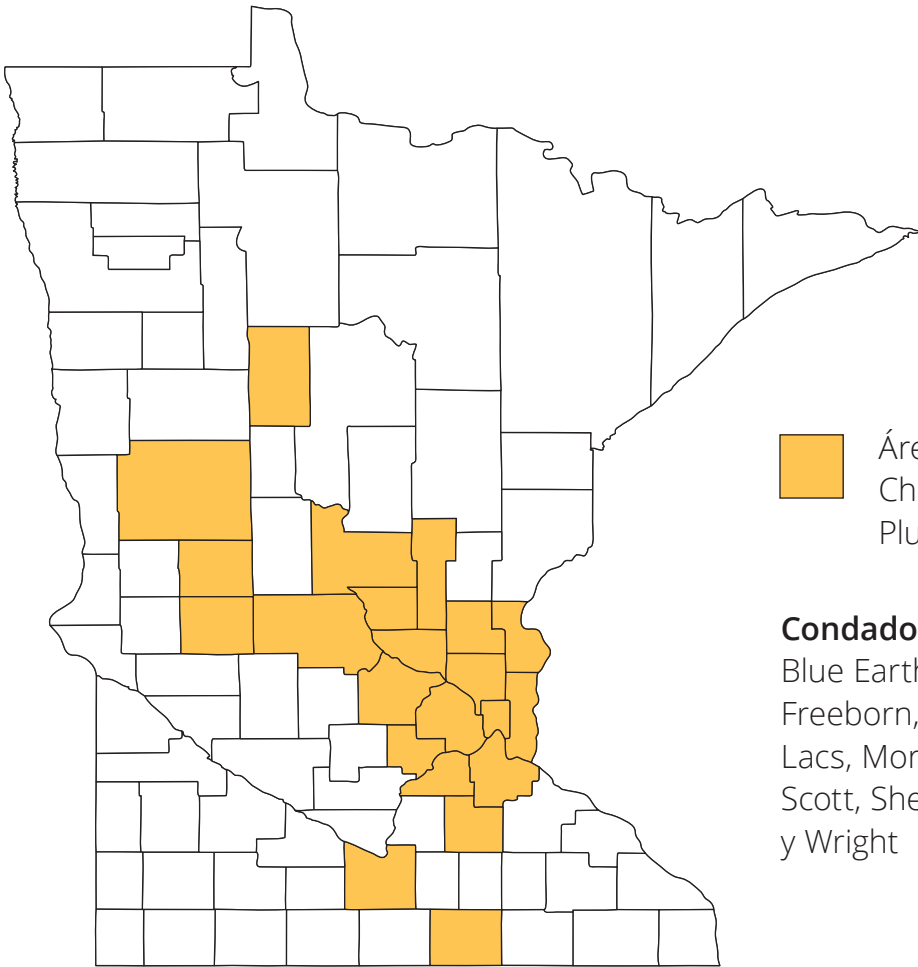
Obtenga más con UCare

Los planes UCare Advocate ofrecen beneficios enfocados que incluyen:

- Un enfoque de equipo para la atención con un coordinador de atención dedicado, un enfermero practicante y un médico de atención primaria
- Primas, copagos y beneficios rentables
- Atención primaria en el mismo lugar donde vive

Si tiene Medicare, considere **UCare Advocate Choice** o **UCare Advocate Plus**.

Opciones de plan



Área de servicio de UCare Advocate Choice (HMO I-SNP*) y UCare Advocate Plus (HMO I-SNP*)

Condados de Minnesota Anoka, Benton, Blue Earth, Carver, Chisago, Dakota, Douglas, Freeborn, Hennepin, Hubbard, Isanti, Mille Lacs, Morrison, Otter Tail, Pope, Ramsey, Rice, Scott, Sherburne, Stearns, Washington y Wright

Elija entre más de 200 centros participantes, incluidos los afiliados a Bluestone Physician Services, CareChoice, Fairview Partners, Knute Nelson, Genevive y Lifespark Health. Para obtener una lista completa de las instalaciones, visite ucare.org/advocate.

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 al plan UCare Advocate, 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.

*HMO I-SNP: Planes de Necesidades Especiales de una Organización para el Mantenimiento de la Salud

	UCare Advocate Choice	UCare Advocate Plus
Prima mensual del plan 2024 (debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare)	\$0	\$29
Deducible de la Parte B de Medicare	\$0	\$0
Deducible de la Parte D de Medicare	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 - 5 = \$125	Todos los niveles \$0
Máximo de desembolso directo	\$4,500	\$3,850
Atención hospitalaria		
Servicios hospitalarios como paciente hospitalizado	\$0 de copago para los días 1 - 5; \$275 de copago para los días 6 - 10; \$0 de copago para los días 11 - 90; Cobertura hospitalaria ilimitada	\$0 de copago para los días 1 - 5; \$250 de copago para los días 6 - 10; \$0 de copago para los días 11 - 90; Cobertura hospitalaria ilimitada
Estadía en observación	\$365 de copago por estadía para estadía hospitalaria en observación como paciente ambulatorio cubierta por Medicare	\$265 de copago por estadía para estadía hospitalaria en observación como paciente ambulatorio cubierta por Medicare
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$395 de copago por estadía para cada servicio hospitalario como ambulatorio cubierto por Medicare, incluyendo observación, cirugía o procedimiento ambulatorio	\$295 de copago por estadía para cada servicio hospitalario como ambulatorio cubierto por Medicare, incluyendo observación, cirugía o procedimiento ambulatorio
Centro de cirugía ambulatoria	\$370 de copago por cada servicio hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare, incluyendo observación, cirugía o procedimiento ambulatorio	\$270 de copago por cada servicio hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare, incluyendo observación, cirugía o procedimiento ambulatorio
Visitas al médico		
Atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialista	\$0 de copago, dentro del centro donde el miembro vive; \$45 de copago, fuera del centro donde el miembro vive	\$0 de copago, dentro del centro donde el miembro vive; \$40 de copago, fuera del centro donde el miembro vive

UCare Advocate Choice

UCare Advocate Plus

Atención preventiva

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

Examen físico de rutina	N/A	N/A
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"	\$0 de copago	\$0 de copago
Examen anual de bienestar	\$0 de copago	\$0 de copago
Vacunas	\$0 de copago	\$0 de copago
Mamografía de detección, etc.	\$0 de copago	\$0 de copago

Atención de emergencia/urgencia

Atención de emergencia	\$90 de copago por una visita a la sala de emergencias (no se aplica si se lo ingresa como paciente hospitalizado dentro de las 24 horas)	\$90 de copago por una visita a la sala de emergencias (no se aplica si se lo ingresa como paciente hospitalizado dentro de las 24 horas)
Ambulancia	\$275 de copago	\$250 de copago
Servicios necesarios de urgencia	\$45 de copago	\$45 de copago

Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio e imágenes

Pruebas diagnósticas y análisis de laboratorio	\$0 de copago para análisis de laboratorio y análisis de sangre; 20% de coseguro para pruebas diagnósticas	\$0 de copago para análisis de laboratorio y análisis de sangre; 20% de coseguro, \$75 de máximo diario
Radiografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas	20% de coseguro	20% de coseguro, \$75 de máximo diario

Servicios para la audición

Exámenes de audición	20% de coseguro para exámenes cubiertos por Medicare; \$0 de copago para exámenes de rutina;	20% de coseguro para exámenes cubiertos por Medicare; \$0 de copago para exámenes de rutina
Audífonos TruHearing®	\$400 de asignación para audífonos; \$0 de copago por ajustes de audífonos ilimitados	\$550 de asignación para audífonos; \$0 de copago por ajustes de audífonos ilimitados

	UCare Advocate Choice	UCare Advocate Plus
Servicios dentales		
Servicios dentales	Hasta \$600 por año para servicios dentales médicamente necesarios no cosméticos ni experimentales no cubiertos Medicare	Hasta \$700 por año para servicios dentales médicamente necesarios no cosméticos ni experimentales no cubiertos Medicare
Servicios de la vista		
Servicios de la vista	20% de coseguro para exámenes cubiertos por Medicare; \$0 de copago para examen de rutina de la vista; \$200 de asignación anual para anteojos	20% de coseguro para exámenes cubiertos por Medicare; \$0 de copago para examen de rutina de la vista; \$225 de asignación anual para anteojos
Servicios de salud mental		
Salud mental para pacientes hospitalizados Aplica el período de beneficios de Original Medicare	\$0 de copago, días 1 – 5; \$275 por día, días 6 – 10; \$0 de copago por día, días 11 – 90; \$0 de copago, días de reserva de por vida	\$0 de copago, días 1 – 5; \$250 por día, días 6 – 10; \$0 de copago por día, días 11 – 90; \$0 de copago, días de reserva de por vida
Salud mental para pacientes ambulatorios	\$0 de copago, dentro del centro donde el miembro vive; \$0 de copago, fuera del centro donde el miembro vive; \$0 para hospitalización parcial	\$0 de copago, dentro del centro donde el miembro vive; \$0 de copago, fuera del centro donde el miembro vive; \$0 para hospitalización parcial
Centro de enfermería especializada		
Centro de enfermería especializada ¹ No requiere una hospitalización de 3 días	100 días cubiertos; \$0 de copago por día, días 1 – 20; \$170 de copago por día, días 21 – 100	100 días cubiertos; \$0 de copago por día, días 1 – 20; \$170 de copago por día, días 21 – 100
Otros servicios		
Fisioterapia ¹	\$30 de copago	\$20 de copago
Transporte	\$500 de asignación anual para viajes a lugares aprobados dentro del área de servicio	\$500 de asignación anual para viajes a lugares aprobados dentro del área de servicio
Medicamentos de la Parte B de Medicare ²	20% de coseguro	20% de coseguro

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.

	UCare Advocate Choice	UCare Advocate Plus
Cobertura de la Parte D de Medicare:		
Costo compartido para el deducible: usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance este monto	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 – 5 = \$125	Todos los niveles \$0
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.		
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Farmacia minorista: suministro para 30 días; \$3 de copago	Farmacia minorista: suministro para 30 días; \$2 de copago
Nivel 2 Medicamentos genéricos	Farmacia minorista: suministro para 30 días; \$15 de copago	Farmacia minorista: suministro para 30 días; \$12 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; 31% de coseguro	Farmacia minorista: suministro para 30 días; 33% de coseguro

Los costos compartidos pueden diferir en función de si la receta es a corto plazo (suministro para 30 días) o suministro diario extendido (suministro para hasta 100 días según lo recetado por su proveedor).

Copagos bajos para insulinas

Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina de la Parte D o la Parte B cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre. Los deducibles no aplican.

Vacunas de la Parte D

Nuestros planes que incluyen la Parte D cubren la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Esto incluye las dos dosis de la vacuna contra el herpes zóster (SHINGRIX®).

	UCare Advocate Choice	UCare Advocate Plus
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 Insulina: \$35 de copago	25% del costo de los medicamentos genéricos y de marca Insulina: \$35 de copago
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

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/advocate 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.

Extra Help para la Parte D de Medicare

Es posible que pueda obtener Extra Help para ayudarlo a pagar la prima y los costos de sus medicamentos recetados.

Para averiguar si califica para esta ayuda, llame a:

- 1-800-MEDICARE (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048), 24/7
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778), de 7 am a 7 pm, de lunes a viernes
- La oficina de Medicaid de su estado o la Oficina de Servicios Humanos del condado
- La línea Senior LinkAge Line® al 1-800-333-2433

Algunas personas deberán pagar una prima mayor para la cobertura de la Parte D de Medicare porque sus ingresos anuales superan determinados montos.

Inscripción

Qué sucede después

Cuando se inscribe en línea, por correo o por teléfono, esto es lo que sucede a continuación:

1. Verificamos que todo esté completo y le informaremos si falta algo.
2. Enviaremos su solicitud a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para su revisión.
3. Si los CMS determinan que usted ha cumplido los requisitos de elegibilidad de UCare Advocate Choice/UCare Advocate Plus, los CMS le enviarán una carta confirmando su inscripción.
4. Recibirá una tarjeta de identificación (ID) de miembro de UCare. Es la única tarjeta que necesitará para sus necesidades médicas, dentales y de farmacia.

¿Necesita servicios médicos o medicamentos recetados antes de recibir su tarjeta de identificación de miembro? Simplemente llame al servicio de atención al cliente al 612-676-3600 o 1-877-523-1515 línea gratuita; los usuarios de TTY pueden llamar al 612-676-6810 o 1-800-688-2534 sin cargo; de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana.

3 maneras de inscribirse



en línea

Visite ucare.org/advocate

Abra el enlace "Inscríbese ahora" ("Enroll now").

Complete y envíe el formulario.



por correo

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



por teléfono

Llame al 1-877-671-1065 (TTY 1-800-688-2534) para inscribirse con un especialista en ventas autorizado de Medicare.

8 am – 8 pm, los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo)

8 am – 8 pm, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)

Un defensor de su mejor salud

Una mejor coordinación de la atención ayuda a mejorar su calidad de vida y salud y bienestar general

Cuando se inscribe en un plan UCare Advocate, obtiene todos los beneficios de un plan Medicare Advantage, además de una mejor coordinación de la atención y mayores beneficios. Estos planes priorizan su salud y calidad de vida al proporcionar servicios completos de atención primaria y coordinación de la atención en el entorno más adecuado, justo donde vive.

Coordinación de la atención mejorada

Con un plan UCare Advocate, usted recibe servicios de un coordinador de atención dedicado integrado en su cobertura. Su coordinador de atención ayuda a supervisar su atención, su salud general y su bienestar. Facilita los servicios y se comunica con todo el equipo de atención, la familia y otros cuidadores para garantizar que obtenga los beneficios y recursos disponibles para usted.

¿Por qué elegir un plan UCare Advocate?

Sus médicos, especialistas y otros proveedores de atención acuden a usted, por lo que recibirá atención sin salir de casa. Su equipo de atención incluye un coordinador de atención dedicado, un enfermero practicante y médicos capacitados en el cuidado de adultos mayores. También obtendrá muchos beneficios y servicios adicionales que no se ofrecen con los planes Medicare Advantage estándar, extras que van mucho más allá de Original Medicare.

La historia de Sylvia

Los coordinadores de atención ayudan a los cuidadores a apoyar a su ser querido

La familia de Sylvia* estaba más que preocupada y estresada cuando se enteró de que ella tenía dificultades para respirar y la llevaron en ambulancia al hospital. Mientras estaba allí, su personal médico le diagnosticó coágulos de sangre. La familia de Sylvia sabía que necesitaría mucha atención de seguimiento, por lo que se comunicaron con su coordinador de atención para que los ayudara a programar citas y organizar el transporte. Una vez dada de alta, el plan de tratamiento de Sylvia incluía citas de seguimiento en varios lugares fuera del sitio. El coordinador de atención organizó traslados cubiertos a los especialistas de Sylvia y otros proveedores. La hija de Sylvia compartió que estaba luchando por equilibrar el cuidado con otras responsabilidades. El coordinador de atención la derivó a un grupo de apoyo y la conectó con servicios para ayudar a aligerar la carga. La coordinadora de atención de Sylvia también se aseguró de que los miembros de su familia, los proveedores y el personal del centro estuvieran al día con su plan de atención para que su familia pudiera concentrarse en estar con Sylvia en lugar de en los arreglos de atención posteriores al alta.

*Los nombres de los miembros se han cambiado para proteger la privacidad.



La historia de Robert

Vigilar y captar tendencias

El equipo de atención de Robert* notó un poco de aumento de peso y otros síntomas y sospechó insuficiencia cardíaca congestiva o ICC. El coordinador de atención desarrolló un plan con el apoyo del personal para verificar de manera rutinaria si había problemas respiratorios y controlar su peso. El equipo de atención médica realizó un control de edemas dos veces por semana, en busca de signos visibles de hinchazón, que pueden indicar una acumulación excesiva de líquido en los tejidos corporales. Observaron a Robert para ver si tenía dificultad para respirar, dificultad para respirar, y dolor en el pecho o hinchazón y dolor en las extremidades. Robert y su familia pudieron confiar en su equipo de atención, sabiendo que el coordinador de atención revisa las notas de progreso, las tendencias de los signos vitales y las estadísticas clave para proporcionar actualizaciones oportunas.



La historia de Elaine

Control de la dosis y el costo de los medicamentos

El médico de atención primaria de Elaine* le recetó un medicamento que no estaba en la lista de medicamentos de UCare (formulario). Después de que el personal del centro se enteró por el farmacéutico de que a Elaine se le cobraría el precio total del medicamento, le pidieron al coordinador de atención que trabajara con su médico. El coordinador de atención pudo solicitar un simple cambio de dosis, lo que resultó en una cobertura total por parte de UCare. La familia y los cuidadores de Elaine quedaron impresionados por la rápida acción del coordinador de atención para resolver este problema. Elaine y su familia tenían una mayor tranquilidad al saber que la receta necesaria estaba totalmente cubierta.

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

Un coordinador de atención puede ser un trabajador social, un profesional de la salud mental con licencia independiente o tener otra licencia de Minnesota. Su coordinador de atención puede ayudarle con las necesidades de atención médica y servicios sociales. Ellos se asociarán con usted para crear un plan de atención que lo ayude a mantenerse saludable y seguro en su hogar. Puede llamar a su coordinador de atención cuando ocurran cambios en su salud, si está hospitalizado inesperadamente, necesita transporte a una cita médica cubierta, necesita un dentista o tiene una inquietud de atención médica. Están aquí para ayudarle.

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} 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
- Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos).

Nuestro plan no cubre los servicios excluidos que se mencionan arriba. 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 manera continua por un plan Medicare de UCare 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.

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.

Queja 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.

Queja 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>.

SHINGRIX es una marca registrada del grupo de compañías GSK.

TruHearing es una marca registrada de TruHearing, Inc.

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 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).

ဟ်သုဉ်ဟ်သး-နမုာ်ကတိံ ကညိံ ကျိာ်အယိံ, နမုာ် ကျိာ်အတၢ်မၤစၢလၢ တလၢကၢ်ဘျုးလၢကၢ်စ့ၢ နီတမံၤဘျုးသ့န့ၢ်လီၤ. တံး: 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: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, រសវាជំនួយវេជ្ជកម្មភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បរិរិក្ខក។ 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).

Aproveche las funciones adicionales más allá de Original Medicare



Henry

Henry está buscando un plan asequible con copagos médicos bajos y cobertura de medicamentos. UCare Advocate Choice se ajusta a sus necesidades y presupuesto. Henry recibe visitas de atención primaria y otros servicios en el lugar donde vive. Un equipo de coordinación de atención enfocada brinda apoyo a Henry y su familia.



Lillian

Lillian está buscando un plan para cubrir la atención que necesitará a medida que envejezca, con costos de desembolso directo bajos. La atención primaria en el hogar y los servicios de coordinación de la atención brindan atención adicional a sus necesidades de salud. UCare Advocate Plus le brinda la protección que necesita hoy y en el futuro.

	UCare Advocate Choice	UCare Advocate Plus
Asignación dental para servicios dentales médicamente necesarios no cosméticos ni experimentales no cubiertos Medicare	✓	✓
Kit dental sin costo adicional con un cepillo de dientes eléctrico cada tres años y dos cabezales de repuesto por año	✓	✓
Asignación para lentes para anteojos o lentes de contacto recetados y examen de la vista de rutina sin costo adicional	✓	✓
Asignación para audífonos además de descuentos adicionales a través de UCare y TruHearing para brindar una solución de atención de la audición integral	✓	✓
Asignación para medicamentos de venta libre de \$75 dos veces al año para comprar artículos como pastillas para la tos, suministros de primeros auxilios, analgésicos y medicamentos para los senos paranasales	✓	✓
Transporte a citas médicas dentales y a la farmacia (\$500 de asignación anual)	✓	✓
Coordinador de atención dedicado asignado para ayudar a supervisar la atención y la salud general de los miembros	✓	✓
Cuidado de los pies de rutina ilimitado (no requiere un diagnóstico específico)	✓	✓

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](https://www.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.

Si lo prefiere, solicite una copia impresa del Directorio de Proveedores y Farmacias de UCare Advocate Choice/UCare Advocate Plus al 1-877-671-1065. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-688-2534.

UCare Advocate Choice y UCare Advocate Plus (HMO I-SNP) son Planes Institucionales de Necesidades Especiales de Medicare Advantage para adultos de Minnesota que viven en un hogar de ancianos, un centro de vida asistida o un centro de atención de la memoria.

UCare Advocate Choice y UCare Advocate Plus son planes HMO I-SNP con contratos de Medicare. La inscripción en UCare Advocate Choice y Advocate Plus depende de la renovación del contrato.



500 Stinson Blvd NE
Minneapolis, MN 55413
1-877-671-1065 | TTY 1-800-688-2534
[ucare.org](https://www.ucare.org)