



# UCare Medicare Plans

Summary of Benefits (Resumen de beneficios) de 2025

## Nuestra gama más amplia de opciones de planes disponibles



Con y sin cobertura  
de la Medicare Part D



Con extras como  
cobertura dental, de  
anteojos recetados  
y de audífonos



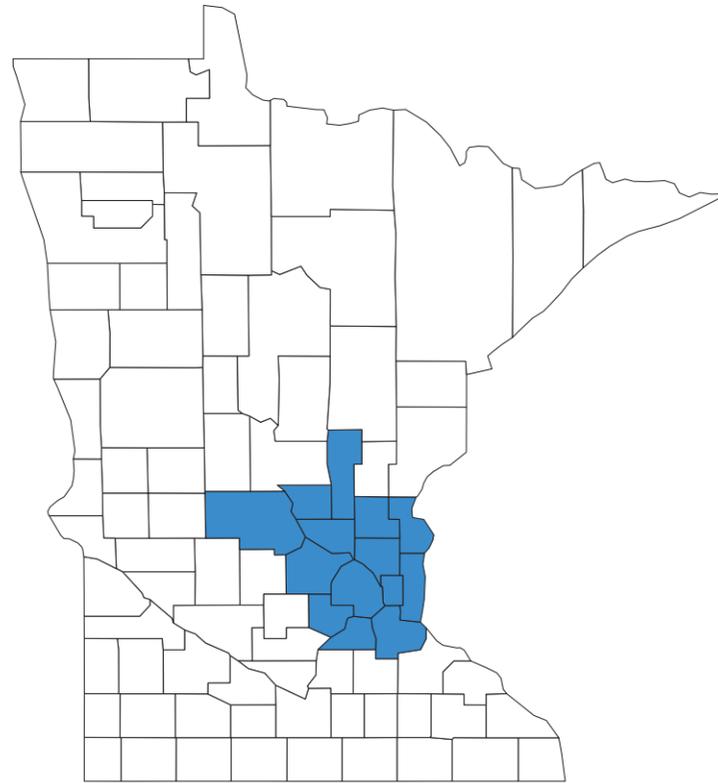
La mayoría de los  
hospitales y clínicas de  
Minnesota están dentro  
de la red, además de  
que no hay referencias  
para ver a un especialista

# Cobertura en Minnesota y más allá

## UCare Medicare Plans (HMO-POS\*) disponibles en los condados de la zona metropolitana

- UCare Aware
- UCare Essentials Rx
- UCare Complete
- UCare Classic
- UCare Value Plus
- UCare Value

Para obtener información sobre los planes disponibles en otros condados, llámenos al 1-877-671-1058 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-688-2534), de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).



**■ Condados de la zona metropolitana (incluyendo St. Cloud)**  
Anoka, Benton, Carver, Chisago, Dakota, Hennepin, Isanti, Mille Lacs, Ramsey, Scott, Sherburne, Stearns, Washington y Wright

## Área de cobertura

Los UCare Medicare Plans incluyen el 97% de las clínicas médicas y hospitales de Minnesota en la red, así que es probable que esté cubierto en la ciudad y en el lago.\*\* Además, su cobertura viaja con usted a muchos proveedores fuera del estado.

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 UCare Medicare Plans, debe tener derecho a la Medicare Part A, estar inscrito en la Medicare Part B 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 Evidence of Coverage (Evidencia de cobertura). Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-671-1058 (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

\*\*Basado en datos de CMS de 2023

# Contenido

<b>Detalles de los beneficios del plan</b> .....	página 2
Prima mensual del plan para 2025.....	página 2
Máximo de desembolso directo .....	página 2
Atención hospitalaria.....	página 2
Visitas al médico .....	página 2
Atención preventiva.....	página 4
Pruebas de diagnóstico, radioterapia, radiografías y servicios de laboratorio .....	página 4
Servicios para la audición.....	página 4
Cobertura dental .....	página 6
Servicios de la vista .....	página 8
Servicios de salud mental.....	página 8
Atención en un centro de enfermería especializada .....	página 8
Otros servicios: incluye fisioterapia, ambulancia, atención quiropráctica y más. ....	página 8
Cobertura al viajar.....	página 12
Cobertura de la Medicare Part D .....	página 14
<b>Resumen de los planes</b> .....	página 16
<b>Inscripción</b> .....	página 18
<b>Información adicional</b> .....	página 19

# Detalles de los beneficios del plan

	Cobertura médica y de medicamentos de la Medicare Part D				Solo cobertura médica	
	UCare Aware	UCare Essentials Rx	UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
<b>Prima mensual del plan para 2025</b> Usted debe seguir pagando su prima de la Medicare Part B	\$6.90	\$20	\$93	\$156	\$0	\$19
Devolución de la prima mensual de la Medicare Part B	\$20	Ninguna	Ninguna	Ninguna	\$75	Ninguna
Deducible médico	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Deducible de la Medicare Part D	Nivel 1 = \$0 Niveles 2 - 5 = \$295	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 - 5 = \$295	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 - 5 = \$235	Niveles 1 - 5 = \$0	No cubierto	No cubierto
<b>Máximo de desembolso directo</b> Lo máximo que pagará de gasto de bolsillo por servicios cubiertos por Medicare dentro de la red cada año. Excluye la Medicare Part D y todos los otros servicios y primas cubiertos que no pertenezcan a Medicare. <b>Esto no es un deducible.</b>	\$5,400; después 100% cubierto	\$3,800; después 100% cubierto	\$3,000; después 100% cubierto	\$2,800; después 100% cubierto	\$5,500; después 100% cubierto	\$3,400; después 100% cubierto
<b>Atención hospitalaria</b>						
Atención hospitalaria de paciente hospitalizado (por ingreso)	\$250 de copago por día (días 1 - 5); después 100% cubierto	\$400 de copago por <b>estadía</b> (no por día); luego 100% cubierto	\$150 de copago por <b>estadía</b> (no por día); luego 100% cubierto	\$125 de copago por <b>estadía</b> (no por día); luego 100% cubierto	\$150 de copago por día (días 1 - 5); después 100% cubierto	\$200 de copago por <b>estadía</b> (no por día); luego 100% cubierto
Atención hospitalaria o procedimiento para paciente ambulatorio	\$300 de copago	\$300 de copago	\$250 de copago	\$150 de copago	\$250 de copago	\$250 de copago
Centro de cirugía ambulatoria	\$275 de copago	\$275 de copago	\$225 de copago	\$125 de copago	\$225 de copago	\$225 de copago
<b>Visitas al médico — en persona o mediante telesalud para servicios aprobados por Medicare</b>						
Atención primaria	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
Especialista	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago <b>Fuera de la red</b> \$45 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago <b>Fuera de la red</b> \$45 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago <b>Fuera de la red</b> \$30 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red</b> \$20 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago <b>Fuera de la red</b> \$45 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago <b>Fuera de la red</b> \$35 de copago
Consultas en línea (E-visits) a través de proveedores contratados	\$0 de copago					

En general, el costo compartido fuera de la red en los EE.UU. es el 20%. El costo compartido es el mismo tanto dentro como fuera de la red para algunos servicios.

	Cobertura médica y de medicamentos de la Medicare Part D				Solo cobertura médica	
	UCare Aware	UCare Essentials Rx	UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
<b>Atención preventiva</b>						
Examen físico de rutina	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto
<b>Atención preventiva cubierta al 100%</b> Para las próximas cuatro filas, se aplica el monto de \$0 de copago dentro y fuera de la red para todos los planes						
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (si está en los primeros 12 meses de la Parte B)	\$0 de copago					
Examen de bienestar anual (si hace más de 12 meses que tiene la Parte B)	\$0 de copago					
Vacunas contra la gripe y la neumonía	\$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					
<b>Atención de emergencia/urgencia — la red no aplica</b>						
Atención de emergencia	\$100 de copago					
Servicios necesarios de urgencia	\$45 de copago					
<b>Pruebas de diagnóstico, radioterapia, radiografías y servicios de laboratorio</b>						
Pruebas de diagnóstico (por ejemplo, RMN y TC), radioterapia y radiografías	20% de coseguro hasta un máximo de \$75 por día	10% de coseguro hasta un máximo de \$75 por día	10% de coseguro hasta un máximo de \$75 por día	\$0 de copago	20% de coseguro hasta un máximo de \$75 por día	10% de coseguro hasta un máximo de \$50 por día
Servicios de laboratorio (por ejemplo, índice internacional normalizado [INR] del tiempo de protrombina, colesterol)	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
<b>Servicios para la audición</b>						
Examen de la audición de diagnóstico	\$45 de copago	\$45 de copago	\$30 de copago	\$20 de copago	\$45 de copago	\$35 de copago
Examen de audición de rutina anual, adaptación y evaluación de audífonos a través de TruHearing® (ilimitado)	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> 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	\$599 de copago para Advanced \$899 de copago para Premium	\$499 de copago para Advanced \$799 de copago para Premium	\$699 de copago para Advanced \$999 de copago para Premium	\$599 de copago para Advanced \$899 de copago para Premium

Cobertura médica y de medicamentos de la Medicare Part D							Solo cobertura médica			
	UCare Aware	UCare Essentials Rx		UCare Complete	UCare Classic		UCare Value Plus		UCare Value	
<b>Cobertura dental</b>										
Resumen	Incluye una asignación de \$600	Incluye cobertura para atención dental de rutina	Agregue Choice Dental para cobertura de atención dental de restauración	Incluye cobertura para atención dental de rutina y de restauración	Incluye cobertura para atención dental de rutina	Agregue Classic Choice Dental para cobertura de atención dental de restauración	Incluye cobertura para atención dental de rutina	Agregue Choice Dental para cobertura de atención dental de restauración	Incluye cobertura para atención dental de rutina y de restauración	
Prima mensual	Incluida en el plan	Incluida en el plan	\$29	Incluida en el plan	Incluida en el plan	\$29	Incluida en el plan	\$29	Incluida en el plan	
Deducible dental	\$0	\$0	\$75	\$100	\$0	\$50	\$0	\$75	\$75	
Máximo anual del plan dental	\$600	\$2,000 para servicios de rutina específicos	\$2,000 adicionales	\$2,000	\$2,500 para servicios de rutina específicos	\$2,500 adicionales	\$2,000 para servicios de rutina específicos	\$2,000 adicionales	\$2,000	
Exámenes orales	Cubierto hasta el límite de asignación de hasta \$600	Un examen	Un examen adicional	Dos exámenes	Dos exámenes		Un examen	Un examen adicional	Dos exámenes	
Limpiezas de rutina		Una limpieza	Una limpieza adicional	Dos limpiezas	Tres limpiezas		Una limpieza	Una limpieza adicional	Dos limpiezas	
Radiografías		Radiografía de mordida anual	Radiografía de la boca completa cada cinco años	Radiografía de mordida anual y boca completa cada cinco años	Radiografía de mordida anual y boca completa cada cinco años		Radiografía de mordida anual	Radiografía de la boca completa cada cinco años	Radiografía de mordida anual y boca completa cada cinco años	
Tratamiento con fluoruro		Cubierto		Cubierto	Cubierto		Cubierto		Cubierto	
Limpiezas de mantenimiento periodontal		Una por año	Cubierto	Cubierto	Tres por año		Una por año	Cubierto	Cubierto	
Servicios básicos de restauración (por ejemplo, empastes, endodoncias, servicios periodontales)		No cubierto	30% de coseguro	50% de coseguro	No cubierto	20% de coseguro		No cubierto	30% de coseguro	30% de coseguro
Procedimientos de restauración importantes (por ejemplo, coronas, puentes, implantes, dentaduras postizas)		No cubierto	60% de coseguro	70% de coseguro	No cubierto	50% de coseguro		No cubierto	60% de coseguro	60% de coseguro

DENTAL

\$0 de copago para servicios dentales preventivos.

Los servicios preventivos y las limpiezas de mantenimiento periodontal no están sujetos al deducible.

Para conocer las limitaciones y exclusiones dentales, consulte la página 21.

Los miembros deben estar inscritos en el plan durante 24 meses consecutivos antes de que la cobertura se aplique a puentes, dentaduras postizas, prótesis e implantes, a menos que esté inscrito en un plan con una asignación anual.

	Cobertura médica y de medicamentos de la Medicare Part D				Solo cobertura médica	
	UCare Aware	UCare Essentials Rx	UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
<b>Servicios de la vista</b>						
Examen de los ojos de diagnóstico	\$45 de copago	\$45 de copago	\$30 de copago	\$20 de copago	\$45 de copago	\$35 de copago
Examen anual de rutina de los ojos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto
Anteojos o lentes de contacto recetados después de cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación anual para anteojos o lentes de contacto recetados en su minorista de anteojos preferido	\$150	\$150	\$200	\$200	\$100	\$150
<b>Servicios de salud mental</b>						
Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado (límite de 90 días por estadía) Limitado a 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico	\$250 de copago por día (días 1 – 5); después 100% cubierto	\$400 de copago por estadía (no por día); luego 100% cubierto	\$150 de copago por estadía (no por día); luego 100% cubierto	Copago de \$125 por estadía (no por día); luego 100% cubierto	\$150 de copago por día (días 1 – 5); después 100% cubierto	Copago de \$200 por estadía (no por día); luego 100% cubierto
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (o cama adaptable)<sup>1</sup></b>						
Atención en un centro de enfermería especializada <b>sin que se exija una estadía hospitalaria previa de 3 días</b>	\$0 de copago por día por los días 1 – 20; \$214 de copago por día por los días 21 – 100; por período de beneficios	\$0 de copago por día por los días 1 – 20; \$214 de copago por día por los días 21 – 100; por período de beneficios	\$0 de copago por día por los días 1 – 20; \$214 de copago por día por los días 21 – 100; por período de beneficios	\$0 de copago por día para los días 1 – 20; \$100 de copago por día para los días 21 – 100; por período de beneficios	\$0 de copago por día por los días 1 – 20; \$214 de copago por día por los días 21 – 100; por período de beneficios	\$0 de copago por día para los días 1 – 20; \$125 de copago por día para los días 21 – 100; por período de beneficios
<b>Otros servicios</b>						
Fisioterapia	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago <b>Fuera de la red</b> \$40 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago <b>Fuera de la red</b> \$40 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago <b>Fuera de la red</b> \$30 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red</b> \$20 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago <b>Fuera de la red</b> \$40 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago <b>Fuera de la red</b> \$35 de copago
Ambulancia (dentro de los EE.UU. y sus territorios) Incluye aérea y terrestre	\$275 de copago	\$250 de copago	\$275 de copago	\$225 de copago	\$200 de copago	\$100 de copago
Transporte (no emergencia)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de la Medicare Part B <sup>2</sup> Por lo general, medicamentos que debe administrar un profesional de la salud	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro

<sup>1</sup>El servicio requiere una autorización previa.

<sup>2</sup>El 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.

	Cobertura médica y de medicamentos de la Medicare Part D				Solo cobertura médica	
	UCare Aware	UCare Essentials Rx	UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
<b>Otros servicios (continuación)</b>						
Servicios quiroprácticos a través de la red de ChiroCare <sup>3</sup> Manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir una subluxación	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$10 de copago <b>Fuera de la red</b> 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)	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) 12 consultas adicionales de acupuntura de rutina cubiertas, \$20 de copago por consulta	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	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago <b>Fuera de la red</b> \$45 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago <b>Fuera de la red</b> \$45 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago <b>Fuera de la red</b> \$30 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red</b> \$20 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago <b>Fuera de la red</b> \$45 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago <b>Fuera de la red</b> \$35 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	\$45 de asignación cada mes	\$50 de asignación cada mes	\$75 de asignación dos veces por año	\$75 de asignación dos veces por año
Programa de Asistencia al Miembro a través de M Health Fairview	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Equipo médico duradero <sup>3</sup> (por ejemplo, equipo de oxígeno, presión positiva continua [Continuous Positive Airway Pressure, CPAP])	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red</b> No cubierto
Dispositivos de prótesis (por ejemplo, férulas, bolsas de colostomía y suministros)	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	10% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Opciones de acondicionamiento físico Programa One Pass o Health Club Savings	\$0 por membresía básica de gimnasio, clases en línea, entrenamiento cerebral y más. O elija el reembolso de \$30 de la membresía del gimnasio.	\$0 por membresía básica de gimnasio, clases en línea, entrenamiento cerebral y más. O elija el reembolso de \$30 de la membresía del gimnasio.	\$0 por membresía básica de gimnasio, clases en línea, entrenamiento cerebral y más. O elija el reembolso de \$30 de la membresía del gimnasio.	\$0 por membresía básica de gimnasio, clases en línea, entrenamiento cerebral y más. O elija el reembolso de \$30 de la membresía del gimnasio.	\$0 por membresía básica de gimnasio, clases en línea, entrenamiento cerebral y más. O elija el reembolso de \$30 de la membresía del gimnasio.	\$0 por membresía básica de gimnasio, clases en línea, entrenamiento cerebral y más. O elija el reembolso de \$30 de la membresía del gimnasio.
Suministros para diabéticos • Monitores continuos de glucosa en sangre • Otros monitores de glucosa, tiras reactivas, lancetas, plantillas y zapatos (insulina y jeringas cubiertas por la Medicare Part D)	20% de coseguro 20% de coseguro	20% de coseguro 20% de coseguro	20% de coseguro 10% de coseguro	20% de coseguro \$0 de copago	20% de coseguro \$0 de copago	20% de coseguro \$0 de copago

<sup>3</sup>El servicio requiere una autorización previa.

	Cobertura médica y de medicamentos de la Medicare Part D				Solo cobertura médica	
	UCare Aware	UCare Essentials Rx	UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
<b>Cobertura al viajar dentro de los EE.UU.</b>						
Cobertura dentro de la red para estos servicios en cualquier proveedor que acepte Medicare con UCare Anywhere, <sup>SM</sup> además de cobertura completa dentro de la red en proveedores participantes fuera del estado.						
Atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialista	\$45 de copago	\$45 de copago	\$30 de copago	\$20 de copago	\$45 de copago	\$35 de copago
Fisioterapia	\$40 de copago	\$40 de copago	\$30 de copago	\$20 de copago	\$40 de copago	\$35 de copago
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de laboratorio (por ejemplo, índice internacional normalizado [INR] del tiempo de protrombina, colesterol)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Consultas en línea (E-visits) a través de proveedores contratados	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Servicios necesarios de urgencia	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago
Ambulancia (dentro de los EE.UU. y sus territorios) Incluye aérea y terrestre	\$275 de copago	\$250 de copago	\$275 de copago	\$225 de copago	\$200 de copago	\$100 de copago
<b>Atención de emergencia en todo el mundo (fuera de EE.UU. y sus territorios)</b>						
Atención de emergencia, incluida la estabilización posterior a la estabilización	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Ambulancia terrestre al hospital más cercano para recibir atención de emergencia	\$275 de copago	\$250 de copago	\$275 de copago	\$225 de copago	\$200 de copago	\$100 de copago

**Nota:** Para la mayoría de los otros servicios que no son de emergencia recibidos en un proveedor fuera de la red que acepta Medicare, deberá un coseguro del 20%. 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.

Cobertura médica y de medicamentos de la Medicare Part D					Solo cobertura médica	
UCare Aware		UCare Essentials Rx	UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
<b>Cobertura de la Medicare Part D — incluida con estas opciones de planes sin prima adicional</b>					Los medicamentos de la Medicare Part D no tienen cobertura en UCare Value Plus.  <b>Nota:</b> NO PUEDE ser miembro de este plan y de un plan independiente de la Medicare Part D al mismo tiempo. Si desea cobertura médica y de medicamentos recetados, elija uno de los otros UCare Medicare Plans.  Estos planes están diseñados para aquellos que tienen cobertura de medicamentos a través de Asuntos de Veteranos u otros programas.	Los medicamentos de la Medicare Part D no tienen cobertura en UCare Value.  <b>Nota:</b> NO PUEDE ser miembro de este plan y de un plan independiente de la Medicare Part D al mismo tiempo. Si desea cobertura médica y de medicamentos recetados, elija uno de los otros UCare Medicare Plans.  Estos planes están diseñados para aquellos que tienen cobertura de medicamentos a través de Asuntos de Veteranos u otros programas.
<b>Deducible:</b> usted pagará el costo total de sus medicamentos hasta que alcance este monto	Nivel 1 = \$0 Niveles 2 – 5 = \$295	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 – 5 = \$295	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 – 5 = \$235	Niveles 1 – 5 = \$0		
<b>Fase inicial de cobertura:</b> usted permanecerá en esta fase hasta que alcance el máximo de desembolso directo de \$2,000. Luego de alcanzar el deducible, pagará los montos que aparecen a continuación.						
<b>Su costo por nivel (farmacia minorista)<sup>4</sup></b>						
<b>Nivel 1</b> Medicamentos genéricos preferidos	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$0 de copago					
<b>Nivel 2</b> Medicamentos genéricos	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$10 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$10 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$10 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$7 de copago		
<b>Nivel 3</b> Medicamentos de marca preferidos Insulina: \$35 de copago, sin deducible	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$47 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$47 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$47 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$35 de copago		
<b>Nivel 4</b> Medicamentos no preferidos Insulina: \$35 de copago, sin deducible	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$100 de copago					
<b>Nivel 5</b> Medicamentos de especialidad	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días 29% de coseguro	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días 29% de coseguro	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días 30% de coseguro	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días 33% de coseguro		
<b>Cobertura catastrófica</b>						
Una vez que alcance el monto de \$2,000 en el gasto anual de medicamentos recetados (excluyendo el costo de UCare), usted pagará \$0	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago		

<sup>4</sup>El 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 si la receta es para un suministro para 30, 60 días o suministro extendido para hasta 100 días, según lo recete su proveedor. Los medicamentos en los Niveles 1 – 3 están disponibles por solo dos copagos para un suministro de tres meses o en farmacias de pedidos por correo.

**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](http://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 Evidence of Coverage (Evidencia de cobertura) de los UCare Medicare Plans encontrará los detalles sobre cómo hacer dichas solicitudes.

### Medicare Prescription Payment Plan (Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare)

Los miembros con cobertura de la Parte D pueden inscribirse en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare sin costo adicional. Este programa le permite pagar los costos de desembolso directo de sus medicamentos recetados mensualmente en lugar de pagar en la farmacia. Si se inscribe, recibirá una factura mensual de UCare por sus medicamentos.

### Extra Help para la Medicare Part D

Es posible que pueda Extra Help adicional 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- 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 Medicare Part D porque sus ingresos anuales superan determinados montos.

### 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.

# Resumen de los planes



**Kathy**

Kathy goza de buena salud y quiere un plan de prima baja o sin costo. Está dispuesta a pagar un poco más si necesita atención especializada. UCare Aware le ofrece un excelente valor con devolución de dinero en su prima de la Parte B cada mes y tranquilidad.



**John**

John tiene una buena salud y no anticipa que vaya a tener que hacer grandes gastos en atención médica. Toma medicamentos recetados para controlar su salud. UCare Essentials Rx se adapta perfectamente, porque le proporciona cobertura todo en uno por una prima baja.



**Betty**

Betty quiere copagos médicos y hospitalarios bajos y cobertura de medicamentos a un precio asequible. UCare Complete se adapta perfectamente a su presupuesto y estilo de vida. Es un valor excepcional y ofrece cobertura dental adicional incluida en su prima.



**Carol**

Carol quiere un plan que cubra toda la atención que necesita a medida que envejece, con costos de desembolso directo bajos o nulos. UCare Classic le da la tranquilidad de saber que tendrá la protección que necesita hoy y en el futuro.



**David**

David es un veterano que recibe algunos de sus cuidados y recetas a través de VA. Él también quiere un plan asequible con una gran red de proveedores. UCare Value Plus también ofrece un reembolso parcial en su prima de la Parte B.



**Rick**

Rick también recibe sus recetas a través de VA. Pero él quiere los beneficios más completos y la gran red de proveedores que UCare Value ofrece por una pequeña prima mensual. UCare Value también es una buena opción para aquellos que eligen no inscribirse en la Parte D.

	UCare Aware	UCare Essentials Rx	UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
Prima mensual del plan (debe continuar pagando su prima de la Medicare Part B)	\$6.90	\$20	\$93	\$156	\$0	\$19
Devolución de la prima mensual de la Medicare Part B	\$20	Ninguna	Ninguna	Ninguna	\$75	Ninguna
Médico y hospitalario	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Programas de acondicionamiento físico	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dental	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Anteojos recetados y audífonos	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Asignación para productos de venta libre (Over-the-counter, OTC)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cobertura de medicamentos recetados de la Medicare Part D	✓	✓	✓	✓	Ninguna	Ninguna
Cobertura al viajar	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Máximo de desembolso directo	\$5,400	\$3,800	\$3,000	\$2,800	\$5,500	\$3,400

# Inscripción

## 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 Medicare Part D desde la fecha en que fue elegible por primera vez
- Puede recibir 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 1-877-523-1515 (TTY: 1-800-688-2534).

## Cómo pagar sus primas

Puede optar por pagar su prima mensual:

- Con 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](https://member.ucare.org)

No envíe el pago con su formulario de inscripción.

# 3 maneras de inscribirse



en línea

[ucare.org/medicare123](https://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 1-877-671-1058 para inscribirse con un especialista en ventas autorizado de Medicare

llame para buscar un agente confiable de UCare cerca de usted

# 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 Evidence of Coverage (Evidencia de cobertura) para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

## Administración de Casos

La Administración de Casos de UCare es un programa telefónico a corto plazo (de 3 a 6 meses) para miembros que tienen 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 Casos 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 Casos 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 Summary of Benefits 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 procedimientos venosos.

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 de la médula espinal y estimulación de nervios craneales, incluidos el nervio vago y el nervio hipogloso. Otros servicios que requieren autorización y/o notificación previa están marcados con un <sup>1,2,3</sup> 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 Summary of Benefits 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 y procedimientos venosos.

### Notificación

Los proveedores de atención médica deben notificar a UCare si usted es admitido en un hospital, centro de atención aguda a largo plazo (LTAC), centro de rehabilitación aguda para pacientes hospitalizados (AIR), centro de enfermería especializada o cama adaptable. 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 estancia en un centro de atención aguda a largo plazo (LTAC), centro de rehabilitación aguda para pacientes hospitalizados (AIR), centro de enfermería especializada o cama adaptable, pueden producirse revisiones simultáneas y simultáneas urgentes. 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](http://ucare.org) y haga clic en “plan documents” (documentos del plan). Los miembros de UCare también pueden buscar servicios en sus documentos de Evidence of Coverage (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 a domicilio (excepto algunas coberturas para miembros con insuficiencia cardíaca congestiva en UCare Classic).
- 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 para el dolor lumbar crónico cubierto por Medicare y cobertura adicional para miembros de UCare Classic).
- 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 (rebordo superior/inferior) junto con la construcción del rebordo 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 gnatólogicos
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 Evidence of Coverage (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 retrógrado) que no esté enumerado en Cirugía oral en la Evidence of Coverage (Evidencia de cobertura)
13. Analgesia (óxido nitroso)
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 Evidence of Coverage (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 representarlo.

En la mayoría de las situaciones, el permiso para representarlo 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.

### Notice of nondiscrimination

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

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

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

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

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

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

### Oral grievance

If you are a current UCare member, please call the number on the back of your membership card. Otherwise please call 612-676-3200 or toll free at 1-800-203-7225 (voice); 612-676-6810 or toll free

at 1-800-688-2534 (TTY). You can also use these numbers if you need assistance filing a grievance.

### Written grievance

Mailing Address  
UCare  
Attn: Appeals and Grievances  
PO Box 52  
Minneapolis, MN 55440-0052  
Email: [cag@ucare.org](mailto:cag@ucare.org) Fax: 612-884-2021

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

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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

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

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

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

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

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

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

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

ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገልግሎት ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክሰሎው ቁጥር 612-676-3200/1-800-203-7225 (መስማት ስተሳናቸው: 612-676-6810/1-800-688-2534)።

ဟံသုတ်ဟံသး-နမ့်ကတိ ကညိ ကျိအလိ, နမန့် ကျိအတိမၤစၤလၢ တလက်ဘျိလက်စူ နိတမံဘျိသုန့ၣ်လိ. ဝိ: 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

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

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស, រសវាជំនួយវេជ្ជកម្មភាសា ដោយមិនគិតល្អល 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).

# 3 maneras de inscribirse



## en línea

**[ucare.org/medicare123](https://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 1-877-671-1058  
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](https://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 es un plan HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en UCare depende de la renovación del contrato.

TruHearing es una marca registrada de TruHearing, Inc.



500 Stinson Blvd NE  
Minneapolis, MN 55413  
1-877-671-1058 | TTY 1-800-688-2534  
**[ucare.org](https://ucare.org)**