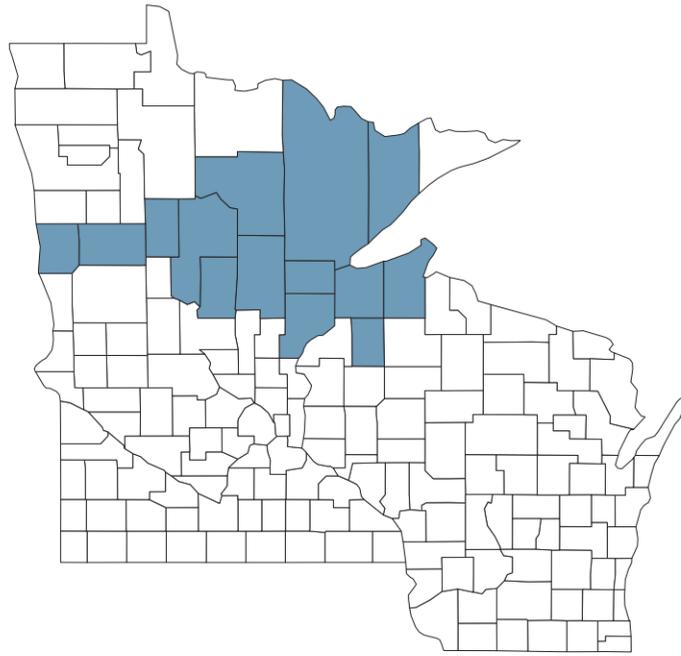


EssentiaCare Medicare Advantage Plans

Summary of Benefits (Resumen de beneficios) de 2025

Planes y cobertura donde vive



Para ser elegible para EssentiaCare debe vivir en uno de los siguientes condados:

Condados de Minnesota

Aitkin, Becker, Carlton, Cass, Clay, Crow Wing, Hubbard, Itasca, Lake, Pine, St. Louis

Condados de Wisconsin

Bayfield, Douglas, Washburn

Opciones de plan:

EssentiaCare Access (PPO*)

EssentiaCare Access solo está disponible en los condados de St. Louis (MN), Bayfield (WI), Douglas (WI) y Washburn (WI).

EssentiaCare Secure (PPO*)

EssentiaCare Grand (PPO*)

Para obtener información sobre los planes disponibles en otros condados, llámenos al 1-877-671-1061 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-688-2534).

Essentia Health es un sistema de salud integrado que combina las fortalezas y talentos de médicos, especialistas y profesionales avanzados, para servir a los pacientes y las comunidades.

Busque una lista completa de proveedores en search.ucare.org. Puede buscar por personas (por ejemplo: Nombre del médico) o lugares (por ejemplo: Elija su plan).

Puede ver a cualquier proveedor que acepte Medicare, pero pagará menos cuando reciba atención de los proveedores de Essentia Health.

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

EssentiaCare es una marca registrada de la corporación sin fines de lucro Essentia Health.

*PPO: Organización de proveedores preferidos

Contenido

Detalles de los beneficios del plan	página 2
Prima mensual del plan	página 2
Máximo de desembolso directo	página 2
Atención hospitalaria	página 2
Visitas al médico.....	página 2
Atención preventiva	página 3
Pruebas de diagnóstico, radioterapia, radiografías y servicios de laboratorio	página 3
Servicios para la audición	página 3
Cobertura dental	página 4
Servicios de la vista.....	página 5
Servicios de salud mental	página 5
Atención en un centro de enfermería especializada	página 5
Otros servicios: incluye fisioterapia, ambulancia, atención quiropráctica y más.....	página 6
Cobertura al viajar	página 7
Cobertura de Medicare Part D.....	página 8
Información adicional	página 10
Resumen de los planes	página 18

	Access	Secure	Grand
Prima mensual del plan 2025 (debe continuar pagando su prima de Medicare Part B)	\$0	\$8	\$62
Devolución de la prima de Medicare Part B	\$11	Ninguna	Ninguna
Deducible médico	\$0	\$0	\$0
Deducible de Medicare Part D	Nivel 1 = \$0 Niveles 2-5 = \$125	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3-5 = \$95	Niveles 1-5 = \$0
Máximo de desembolso directo Lo máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de Medicare cada año. Excluye Medicare Part D y todos los otros servicios y primas cubiertos que no pertenezcan a Medicare. Esto no es un deducible.	Dentro de la red \$4,400; después 100% cubierto Fuera de la red combinado con dentro de la red \$6,500; después 100% cubierto	Dentro de la red \$4,500; después 100% cubierto Fuera de la red, combinado con dentro de la red \$5,500; después 100% cubierto	Dentro de la red \$3,000; después 100% cubierto Fuera de la red, combinado con dentro de la red \$4,500; después 100% cubierto
Atención hospitalaria			
Atención hospitalaria de paciente hospitalizado (por admisión)	\$300 de copago por día (días 1-5); después 100% cubierto	\$300 de copago por día (días 1-5); después 100% cubierto	\$250 de copago por estadía (no por día); luego se cubre al 100%
Atención hospitalaria o procedimiento para paciente ambulatorio	\$395 de copago	\$350 de copago	\$300 de copago
Centro de cirugía ambulatoria	\$395 de copago	\$350 de copago	\$300 de copago
Visitas al médico — en persona o mediante telesalud para servicios aprobados por Medicare			
Atención primaria	Dentro de la red \$10 de copago Fuera de la red \$50 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$45 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$40 de copago
Especialista	Dentro de la red \$50 de copago Fuera de la red \$80 de copago	Dentro de la red \$45 de copago Fuera de la red \$75 de copago	Dentro de la red \$30 de copago Fuera de la red \$75 de copago
Visitaselectrónicas a través de Essentia MyChart	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

En general, el costo compartido fuera de la red en los EE.UU. es del 40%; el costo compartido es el mismo para algunos servicios tanto dentro como fuera de la red.

	Access	Secure	Grand
Atención preventiva			
Examen físico de rutina	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (si está en los primeros 12 meses de la Part B)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Examen de bienestar anual (si hace más de 12 meses que tiene la Part B)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Vacunas contra la gripe y la neumonía	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Examen de mamografía, examen de detección del cáncer de próstata, medición de masa ósea, examen de detección de diabetes, examen de detección preventivo del cáncer colorrectal	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de emergencia/urgencia — la red no aplica			
Atención de emergencia	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Servicios necesarios de urgencia	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago
Pruebas de diagnóstico, radioterapia, radiografías y servicios de laboratorio			
Pruebas de diagnóstico (por ejemplo, RMN y TC), radioterapia y radiografías	20% de coseguro	10% de coseguro hasta un máximo de \$150 por día	10% de coseguro hasta un máximo de \$50 por día
Servicios de laboratorio (por ejemplo, el INR del tiempo de protrombina, colesterol)	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago
Servicios para la audición			
Examen de la audición de diagnóstico	\$50 de copago	\$45 de copago	\$35 de copago
Examen de audición de rutina	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación anual para audífonos	\$600 de asignación para beneficios flexibles para usar en uno o una combinación de artículos dentales, audífonos y anteojos recetados elegibles	No cubierto	Dentro de la red \$500 Fuera de la red El plan pagará 50% de coseguro hasta un máximo de \$500; usted paga 50% de coseguro del costo total más cualquier monto por encima del máximo del plan

	Access	Secure	Grand
Cobertura dental			
La cobertura incluye	\$600 de asignación para beneficios flexibles para usar en uno o una combinación de artículos dentales, audífonos y anteojos recetados elegibles	Atención dental de rutina con cobertura opcional disponible	Atención dental de rutina con cobertura opcional disponible
Prima para cobertura adicional	Ninguna	\$29 por mes	\$29 por mes
Deducible	\$0	\$75 por año	\$75 por año
Máximo anual del plan	\$600	\$2,000	\$2,000
Exámenes orales	\$600 de asignación para beneficios flexibles para usar en uno o una combinación de artículos dentales, audífonos y anteojos recetados elegibles	Uno por año* (dos en total con compra de cobertura opcional)	Uno por año* (dos en total con compra de cobertura opcional)
Limpiezas de rutina		Uno por año* (dos en total con compra de cobertura opcional)	Uno por año* (dos en total con compra de cobertura opcional)
Radiografías		Radiografía de mordida anual* (boca completa cada 5 años con la compra de cobertura opcional)	Radiografía de mordida anual* (boca completa cada 5 años con la compra de cobertura opcional)
Tratamiento con fluoruro		Cubierto*	Cubierto*
Limpiezas de mantenimiento periodontal		Uno por año* (más con compra de cobertura opcional)	Uno por año* (más con compra de cobertura opcional)
Servicios básicos de restauración (por ejemplo, empastes, endodoncias, servicios periodontales)		30% de coseguro con compra de cobertura opcional	30% de coseguro con compra de cobertura opcional
Procedimientos de restauración importantes (por ejemplo, coronas, puentes, implantes, dentaduras postizas)		60% de coseguro con compra de cobertura opcional	60% de coseguro con compra de cobertura opcional

*Estos servicios se incluyen sin la compra de cobertura opcional y no se aplica ningún deducible.

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

	Access	Secure	Grand
Servicios de la vista			
Examen de los ojos de diagnóstico	\$35 de copago	\$45 de copago	\$35 de copago
Examen anual de rutina de los ojos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Anteojos o lentes de contacto recetados después de cirugía de cataratas	20% de coseguro	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación anual para anteojos o lentes de contacto recetados en su minorista de anteojos preferido	\$600 de asignación para beneficios flexibles para usar en uno o una combinación de artículos dentales, audífonos y anteojos recetados elegibles	\$100	\$200
Servicios de salud mental			
Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado (límite de 90 días por estadía) Limitado a 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico	\$300 de copago por día (días 1–5); después 100% cubierto	\$300 de copago por día (días 1–5); después 100% cubierto	\$250 de copago por estadía (no por día); luego se cubre al 100%
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago
Atención en un centro de enfermería especializada (o cama adaptable)¹			
Atención en un centro de enfermería especializada sin que se exija una estadía hospitalaria previa de 3 días	\$0 de copago por día por los días 1–20; \$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; \$125 de copago por día para los días 21–100; por período de beneficios

¹El servicio requiere una autorización previa.

	Access	Secure	Grand
Otros servicios			
Fisioterapia	\$40 de copago	\$40 de copago	\$30 de copago
Ambulancia (dentro de los EE.UU. y sus territorios) Incluye aérea y terrestre	\$350 de copago	\$375 de copago	\$300 de copago
Transporte (no emergencia)	No cubierto	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de Medicare Part B ² (por lo general, medicamentos que debe administrar un profesional de la salud)	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Servicios quiroprácticos a través de la red de ChiroCare ³ Manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir una subluxación	\$20 de copago	\$20 de copago	\$15 de copago
Acupuntura Todos los planes cubren la acupuntura para el dolor lumbar crónico, según los criterios de Medicare	Se aplican copagos para la visita con el médico (consulte la página 2)	Se aplican copagos para la visita con el médico (consulte la página 2)	Se aplican copagos para la visita con el médico (consulte la página 2)
Servicios de podiatría	\$50 de copago	\$45 de copago	\$30 de copago
Asignación para productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	\$50 por mes	\$50 por mes	\$50 por mes
Equipo médico duradero ³ (por ejemplo, equipo de oxígeno, presión positiva continua [Continuous Positive Airway Pressure, CPAP])	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Dispositivos de prótesis (por ejemplo, férulas, bolsas de colostomía y suministros)	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Opciones de acondicionamiento físico	Programa de acondicionamiento físico One Pass o programa Health Club Savings	Programa de acondicionamiento físico One Pass o programa Health Club Savings	Programa de acondicionamiento físico One Pass o programa Health Club Savings

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 Part B.

³El servicio requiere una autorización previa.

	Access	Secure	Grand
Otros servicios continuación			
Suministros para diabéticos			
• Monitores continuos de glucosa en sangre	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
• Otros monitores de glucosa	20% de coseguro	20% de coseguro	\$0 de copago
• Tiras reactivas y lancetas	20% de coseguro	20% de coseguro	\$0 de copago
• Inserciones y zapatos (insulina y jeringas cubiertas por Medicare Part D)	20% de coseguro	20% de coseguro	\$0 de copago
Cobertura al viajar — EssentiaCare lo cubre dentro de la red en los proveedores de Essentia Health, sus socios y en proveedores fuera del estado.			
Dentro de los EE.UU. — atención de cualquier proveedor que acepte Medicare			
Atención primaria fuera de la red	\$50 de copago	\$45 de copago	\$40 de copago
Especialista fuera de la red	\$80 de copago	\$75 de copago	\$75 de copago
Servicios de laboratorio (por ejemplo, el INR del tiempo de protrombina, colesterol)	\$0	\$0	\$0
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	\$0	\$0	\$0
La mayoría de los demás servicios que no son de emergencia recibidos fuera de la red	40% de coseguro	40% de coseguro	40% de coseguro
Atención de emergencia	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Servicios necesarios de urgencia	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago
Ambulancia Incluye aérea y terrestre	\$350 de copago	\$375 de copago	\$300 de copago
Atención de emergencia en todo el mundo (fuera de EE.UU. y sus territorios)			
Atención de emergencia, incluida la estabilización posterior a la estabilización	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Ambulancia terrestre al hospital más cercano para recibir atención de emergencia	\$350 de copago	\$375 de copago	\$300 de copago

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

	Access	Secure	Grand
Cobertura de Medicare Part D — incluida con estas opciones de planes sin prima adicional			
Costo compartido para el deducible: usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance este monto	Nivel 1 = \$0 Niveles 2-5 = \$125	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3-5 = \$95	Niveles 1-5 = \$0
Etapas de cobertura inicial: de \$0 a \$2,000 en costos anuales de medicamentos recetados. Luego de alcanzar el deducible, paga los montos que aparecen a continuación.			
Costo compartido (farmacia minorista)			
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Farmacia minorista — suministro para 30 días \$0 de copago	Farmacia minorista — suministro para 30 días \$0 de copago	Farmacia minorista — suministro para 30 días \$0 de copago
Nivel 2 Medicamentos genéricos	Farmacia minorista — suministro para 30 días \$10 de copago	Farmacia minorista — suministro para 30 días \$7 de copago	Farmacia minorista — suministro para 30 días \$10 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	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	Farmacia minorista — suministro para 30 días \$100 de copago
Nivel 5 Medicamentos de especialidad	Farmacia minorista — suministro para 30 días 28% de coseguro	Farmacia minorista — suministro para 30 días 29% de coseguro	Farmacia minorista — suministro para 30 días 33% de coseguro
Cobertura catastrófica			
Una vez que alcance el monto de \$2,000 en el gasto anual de medicamentos recetados (excluyendo el costo de EssentiaCare), usted pagará \$0	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

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

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

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Los miembros con cobertura de Part 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.

Vacunas de Part D

Nuestros planes cubren la mayoría de las vacunas de la Part D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible.

Extra Help para Medicare Part D

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
- Senior LinkAge Line al 1-800-333-2433

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

Copagos bajos para insulina

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

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 EssentiaCare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidence of Coverage 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 EssentiaCare es un programa telefónico a corto plazo (de 3 – 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 EssentiaCare 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 ^{1,2,3} en la tabla.

Autorización y notificación

Una de las maneras en que EssentiaCare 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 hospitales deben notificar a EssentiaCare si usted es ingresado en un hospital, un centro de atención de largo plazo o un centro de enfermería especializada. El equipo clínico de EssentiaCare colaborará con sus profesionales de atención médica para garantizar que reciba la atención necesaria. Si es necesario, EssentiaCare 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 EssentiaCare. Esto se aplica a los proveedores que forman parte de la red de EssentiaCare, así como a aquellos que están fuera de la red. Para determinar la cobertura, el equipo clínico de EssentiaCare 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 EssentiaCare 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 aguda a largo plazo (Long-Term Acute Care, LTAC), centro de rehabilitación aguda para pacientes hospitalizados (Acute Inpatient Rehabilitation, AIR), centro de enfermería especializada o cama adaptable, pueden producirse revisiones simultáneas. EssentiaCare 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, EssentiaCare evaluará cuidadosamente su situación y plan de atención para garantizar que reciba la cobertura a la que tiene derecho como miembro de EssentiaCare.

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 documents” (documentos del plan). Los miembros de EssentiaCare también pueden buscar servicios en sus documentos de Evidence of Coverage 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 hogar de ancianos, hospicio u otro entorno institucional en el que no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La asistencia de apoyo es la asistencia personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la asistencia que lo ayuda en las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.
- Servicios domésticos, como asistencia básica con las tareas del hogar, incluidos limpieza y mantenimiento leves o preparación ligera de comidas.
- Tarifas cobradas por la atención brindada por familiares directos o miembros del hogar.
- Cirugía o procedimientos cosméticos, a menos que estén cubiertos en caso de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones. Sin embargo, se cubren todas las etapas de reconstrucción de una mama luego de una mastectomía, así como los procedimientos en la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.

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

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

Limitaciones de la cobertura dental

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. 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 anesthesiólogo
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 Evidence of Coverage
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 Evidence of Coverage
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 EssentiaCare 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
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 EssentiaCare.

¿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: 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?

EssentiaCare 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 EssentiaCare 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?

EssentiaCare 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 EssentiaCare 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

EssentiaCare complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. EssentiaCare 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 EssentiaCare 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.

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.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-671-1061 o los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-688-2534 para obtener más información. Aplican limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Oral grievance

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

Written grievance

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

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

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

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

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

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

XIYEEFFANNAA: 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 ሚክተለው ቁጥር ይደውሉ 612-676-3200/1-800-203-7225 (መስማት ለተሳናቸው: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ဟ်သုဂ်ဟ်သး-နမ့်ကတိံ ကညိ ကျိာအယိ, နမန့် ကျိာအတိံမမၤလၢ တလၢဂ်ဘုဂ်လၢဂ်စု နိတမံဘုဂ်သုန့ၣ်လိံ. ကိ: 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 គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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

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 1-877-671-1061 para
inscribirse con un especialista
en ventas con licencia de
Medicare, de 8 am – 8 pm,
los siete días de la semana
(del 1 de octubre al 31 de
marzo), de 8 am – 8 pm,
de lunes a viernes (del 1 de
abril al 30 de septiembre)

llame para buscar un agente
confiable cerca de usted

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

UCare es un plan PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en UCare depende de la renovación del contrato.

EssentiaCare

Essentia Health + UCare

Oficina de UCare en Duluth
325 West Central Entrance, Suite 200
Duluth, MN 55811

Oficina de UCare en Minneapolis
500 Stinson Blvd NE
Minneapolis, MN 55413

612-676-6640 | 1-877-671-1061 | TTY 1-800-688-2534

ucare.org/essentiacare