



Resumen de beneficios de 2024

Guía de comparación de planes Medicare Advantage



Inscripción

Elija una clínica

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

Formularios por correo

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

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

- Es posible que lo llamemos si falta alguna información requerida en el formulario de inscripción.
- Recibirá una carta en un lapso de 15 días para verificar su inscripción.
- Puede recibir una carta nuestra si no tenía un plan de la Parte D de Medicare desde la fecha en que fue elegible por primera vez.
- Es posible que reciba una carta nuestra si deja un plan de grupo de un empleador para inscribirse en nuestro plan.
- Recibirá un nuevo paquete de miembro.
- Recibirá una tarjeta de identificación de miembro de Aspirus Health Plan 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 1.855.931.4850 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1.855.931.4852).

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
- Cuenta del miembro en línea de Aspirus

No envíe el pago con su formulario de inscripción.

Cómo inscribirse



por correo

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

Descargue el formulario de inscripción en **medicare.aspirushealthplan.com**, complételo y envíelo por correo a:

ATTN: Medicare Sales
Aspirus Health Plan
P.O. Box 51
Minneapolis, MN 55440



por teléfono

Llame al 1.855.931.4859 para inscribirse con un especialista en ventas de Medicare con licencia, de 8 am a 8 pm, los siete días a 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).

Llame a un representante de confianza cerca de usted.

Cobertura en Wisconsin y más allá

Planes Medicare Advantage de Aspirus Health Plan

- Essential Rx (PPO*)
- Elite (PPO*)

Atención de una red en la que confía

Cuando elige Aspirus Health Plan, se está asociando con su sistema de salud local. Trabajamos junto con Aspirus Health para ayudarlo a obtener atención de calidad y un servicio excelente, y tenemos fuertes lazos con su comunidad. Así que lo más probable es que ya esté familiarizado con los médicos y clínicas de nuestra red.

- El sistema de salud local se compromete a servir a la zona del centro de Wisconsin
- Fácil acceso a médicos, clínicas y hospitales de Aspirus Health sin necesidad de remisiones

Encuentre un proveedor en search.aspirushealthplan.com.

Puede consultar a cualquier proveedor que acepte Medicare.

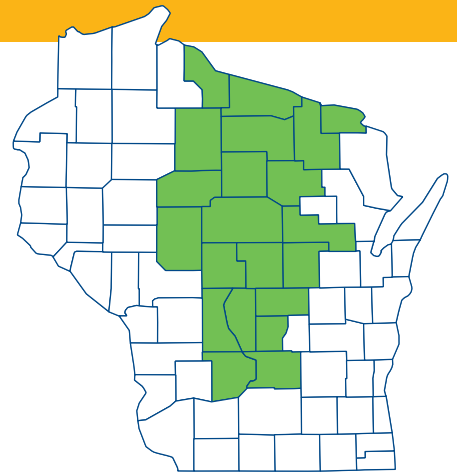
Pague menos cuando reciba atención de proveedores de la red.

1,100+
clínicas

20+
hospitales

Nuestros planes Medicare Advantage están disponibles en 21 condados de Wisconsin

Adams, Clark, Columbia, Florence, Forest, Iron, Juneau, Langlade, Lincoln, Marathon, Marquette, Oneida, Portage, Price, Sauk, Shawano, Taylor, Vilas, Waupaca, Waushara y Wood



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 Medicare Advantage de Aspirus Health Plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio, que se muestra en el mapa de arriba.

Este manual ofrece un resumen de lo que cubre cada plan. No incluye una lista de todos los servicios que cubrimos ni de cada limitación o exclusión que puede aplicar. Algunos servicios requieren autorización previa. Para acceder a una lista completa de los servicios cubiertos, llámenos y solicite la Evidencia de cobertura. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1.855.931.4859 o al 1.855.931.4852 (TTY) para obtener más información.

*PPO: Organización de proveedores preferidos

Detalles de los beneficios del plan

Como miembro de Aspirus Health Plan, puede ver a un proveedor dentro o fuera de la red. Si consulta a un proveedor fuera de la red, sus costos pueden ser más altos. En general, los costos compartidos fuera de la red en los Estados Unidos son del 30%. Sin embargo, para algunos servicios, el copago es el mismo ya sea que vea a un proveedor dentro de la red o fuera de la red (por ejemplo, visitas al médico primario y especialista).

Nota: Si ve a un proveedor fuera de la red, asegúrese de que participe en Medicare. Aspirus Health Plan no puede cubrir los costos de atención de proveedores fuera de la red que no tienen contrato con Medicare. La única excepción a esta regla es para la atención de emergencia.

	Essential Rx		Elite	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan 2024 (debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare)	\$0		\$0	
Devolución de la prima de la Parte B de Medicare (por mes)	No aplicable		\$25	
Deducible médico	\$0		\$0	
Deducible de la Parte D de Medicare	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3-5 = \$245		No cubierto	
Máximo de desembolso directo Lo máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de Medicare tanto dentro como fuera de la red, combinados por año. Excluye la Parte D de Medicare y todos los otros servicios y primas cubiertos que no pertenezcan a Medicare. Este no es su deducible.	\$4,500		\$3,200	

	Essential Rx		Elite	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención hospitalaria				
Atención hospitalaria de paciente hospitalizado (por admisión)	\$400 de copago por estadía ; después 100% cubierto	30% de coseguro	\$300 de copago por estadía ; después 100% cubierto	30% de coseguro
Atención hospitalaria de paciente ambulatorio (por admisión)	\$295 de copago	30% de coseguro	\$195 de copago	30% de coseguro
Centro de cirugía ambulatoria	\$295 de copago	30% de coseguro	\$195 de copago	30% de coseguro
Consultas al médico: en persona o telemedicina para servicios aprobados por Medicare				
Atención primaria	\$0 de copago		\$0 de copago	
Especialista	\$40 de copago		\$40 de copago	
Visitas electrónicas a través de Virtuwell™	\$0 de copago		\$0 de copago	
Atención preventiva				
Examen físico de rutina	\$0 de copago	30% de coseguro	\$0 de copago	30% de coseguro
Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (si está en los primeros 12 meses de la Parte B)	\$0 de copago		\$0 de copago	
Examen de bienestar anual (si hace más de 12 meses que tiene la Parte B)	\$0 de copago		\$0 de copago	
Vacunas contra la gripe y la neumonía	\$0 de copago		\$0 de copago	
Examen de mamografía, examen de detección del cáncer de próstata, medición de masa ósea, examen de detección de diabetes, examen de detección preventivo del cáncer colorrectal	\$0 de copago		\$0 de copago	

	Essential Rx		Elite	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de emergencia/urgencia: la red no aplica				
Atención de emergencia	\$100 de copago		\$100 de copago	
Servicios necesarios de urgencia	\$25 de copago		\$25 de copago	
Pruebas de diagnóstico, radioterapia, radiografías y servicios de laboratorio				
Pruebas de diagnóstico	20% de coseguro hasta un máximo de \$125 por día	30% de coseguro	\$0 de copago	30% de coseguro
Radiografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas, radioterapia	20% de coseguro hasta un máximo de \$125 por día	30% de coseguro	20% de coseguro hasta un máximo de \$125 por día	30% de coseguro
Mamografías de diagnóstico	\$0 de copago	30% de coseguro	\$0 de copago	30% de coseguro
Servicios de laboratorio (por ejemplo, índice internacional normalizado [INR] del tiempo de protrombina, colesterol)	\$0 de copago		\$0 de copago	
Servicios de audición				
Examen de la audición de diagnóstico	\$45 de copago	30% de coseguro	\$40 de copago	30% de coseguro
Examen de audición de rutina anual, adaptación y evaluación de audífonos a través de TruHearing®	\$0 de copago	30% de coseguro	\$0 de copago	30% de coseguro
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 audífonos Advanced \$999 de copago para audífonos Premium		\$599 de copago para audífonos Advanced \$899 de copago para audífonos Premium	

	Essential Rx		Elite	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Cobertura dental				
La cobertura incluye	Atención dental de rutina con cobertura opcional disponible		Atención dental de rutina con cobertura opcional disponible	
Prima de cobertura opcional	+ \$25 por mes		+ \$25 por mes	
Deducible	\$75 por año	Si sus servicios dentales son realizados por un dentista fuera de la red nacional de Medicare Advantage de Delta Dental (debe estar dentro de los Estados Unidos y sus territorios), usted será responsable de pagar la diferencia entre los honorarios del dentista y el programa de tarifas dentales de Aspirus.	\$75 por año	Si sus servicios dentales son realizados por un dentista fuera de la red nacional de Medicare Advantage de Delta Dental (debe estar dentro de los Estados Unidos y sus territorios), usted será responsable de pagar la diferencia entre los honorarios del dentista y el programa de tarifas dentales de Aspirus.
Máximo anual del plan	\$2,000		\$2,000	
Exámenes orales	Uno por año ¹ (dos en total con compra de cobertura opcional)		Uno por año ¹ (dos en total con compra de cobertura opcional)	
Radiografías	Radiografía de mordida anual ¹ (boca completa cada 5 años con la compra de cobertura opcional)		Radiografía de mordida anual ¹ (boca completa cada 5 años con la compra de cobertura opcional)	
Tratamiento con fluoruro	Cubierto ¹		Cubierto ¹	
Limpiezas de mantenimiento periodontal	Uno por año ¹ (ilimitado con la compra de cobertura opcional)		Uno por año ¹ (ilimitado con la compra de cobertura opcional)	

¹Estos servicios se incluyen sin la compra de cobertura opcional y no se aplica ningún deducible. Estos servicios no se aplican al máximo anual del plan.

	Essential Rx		Elite	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Cobertura dental (continuación)				
Servicios básicos de restauración (por ejemplo, empastes, endodoncias, servicios periodontales)	30% de coseguro con compra de cobertura opcional	Si sus servicios dentales son realizados por un dentista fuera de la red nacional de Medicare Advantage de Delta Dental (debe estar dentro de los Estados Unidos y sus territorios), usted será responsable de pagar la diferencia entre los honorarios del dentista y el programa de tarifas dentales de Aspirus.	30% de coseguro con compra de cobertura opcional	Si sus servicios dentales son realizados por un dentista fuera de la red nacional de Medicare Advantage de Delta Dental (debe estar dentro de los Estados Unidos y sus territorios), usted será responsable de pagar la diferencia entre los honorarios del dentista y el programa de tarifas dentales de Aspirus.
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	

Su costo compartido es menor cuando consulta a proveedores en la red de Delta Dental de Medicare Advantage. Los porcentajes enumerados anteriormente son los porcentajes que usted paga.

Para conocer las limitaciones y exclusiones dentales, consulte la página 15.

Los miembros deben estar inscritos en nuestro plan de Medicare durante 24 meses consecutivos antes de que la cobertura se aplique a puentes, dentaduras postizas, prótesis e implantes. No hay período de espera para otros servicios como empastes y coronas.

	Essential Rx		Elite	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de la visión				
Examen de los ojos de diagnóstico	\$45 de copago	30% de coseguro	\$40 de copago	30% de coseguro
Examen ocular de rutina anual y hasta dos refracciones al año	\$0 de copago	30% de coseguro	\$0 de copago	30% de coseguro
Examen de retinopatía diabética	\$0 de copago	30% de coseguro	\$0 de copago	30% de coseguro
Anteojos o lentes de contacto recetados después de cirugía de cataratas	\$0 de copago	30% de coseguro	\$0 de copago	30% de coseguro
Asignación anual para anteojos o lentes de contacto recetados	\$250		\$175	
Servicios de salud mental				
Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado (límite de 90 días por estadía, por admisión) Limitado a 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico	\$400 de copago por estadía; después 100% cubierto	30% de coseguro	\$300 de copago por estadía; después 100% cubierto	30% de coseguro
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	\$0 de copago		\$0 de copago	

	Essential Rx		Elite	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención en un centro de enfermería especializada (o servicios de rehabilitación con ingreso hospitalario)²				
Atención en un centro de enfermería especializada sin que se exija una estadía hospitalaria previa de 3 días	\$0 de copago por día por los días 1–20; \$203 de copago por día por los días 21–53; \$0 de copago por día por los días 54–100; por período de beneficios	30% de coseguro	\$0 de copago por día por los días 1–20; \$203 de copago por día por los días 21–43; \$0 de copago por día por los días 44–100; por período de beneficios	30% de coseguro
Otros servicios				
Fisioterapia	\$40 de copago		\$40 de copago	
Ambulancia (dentro de los EE.UU. y sus territorios) Incluye aérea y terrestre	\$300 de copago		\$200 de copago	
Transporte (no emergencia)	No cubierto		No cubierto	
Medicamentos de la Parte B de Medicare ³ Por lo general, medicamentos que debe administrar un profesional de la salud	20% de coseguro	30% de coseguro	20% de coseguro	30% de coseguro
Servicios quiroprácticos a través de la red de ChiroCare ⁴ Manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir una subluxación	\$20 de copago	30% de coseguro	\$10 de copago	30% de coseguro
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 3)		Se aplican copagos para la consulta con el médico (consulte la página 3)	

²El servicio requiere una autorización previa.

³El 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.

⁴El servicio requiere una autorización previa.

	Essential Rx		Elite	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Otros servicios (continuación)				
Servicios de podiatría <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies • Atención de rutina de los pies para miembros que padecen determinadas afecciones médicas que afectan a los miembros inferiores 	\$45 de copago		\$40 de copago	
Asignación para productos de venta libre (Over-the-counter, OTC)	\$125 de asignación dos veces por año		\$75 de asignación dos veces por año	
Equipo médico duradero ⁴ (por ejemplo, equipo de oxígeno, presión positiva continua [Continuous Positive Airway Pressure, CPAP])	20% de coseguro	30% de coseguro	20% de coseguro	30% de coseguro
Opciones de acondicionamiento físico	Programa de acondicionamiento físico One Pass		Programa de acondicionamiento físico One Pass	
Dispositivos de prótesis (por ejemplo, férulas, bolsas de colostomía y suministros)	20% de coseguro	30% de coseguro	20% de coseguro	30% de coseguro
Suministros para diabéticos <ul style="list-style-type: none"> • Monitores continuos de glucosa en sangre • Otros monitores de glucosa • Tiras reactivas y lancetas (insulina y jeringas cubiertas por la Parte D de Medicare)	0% de coseguro	30% de coseguro	0% de coseguro	30% de coseguro
	0% de coseguro		0% de coseguro	
	\$0 de copago		\$0 de copago	

	Essential Rx	Elite
Atención de emergencia en todo el mundo (fuera de EE.UU. y sus territorios)		
Atención de emergencia, incluida la estabilización posterior a la estabilización	\$100 de copago	\$100 de copago
Ambulancia terrestre al hospital más cercano para recibir atención de emergencia	\$300 de copago	\$200 de copago

⁴El servicio requiere una autorización previa.

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

		Essential Rx	Elite
Cobertura de la Parte D de Medicare			
Costo compartido para el deducible: usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance este monto	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3–5 = \$245		<p>Los medicamentos de la Parte D no tienen cobertura en Elite.</p> <p>Nota: NO PUEDE ser miembro del plan Elite y de un plan independiente de la Parte D de al mismo tiempo. Si desea cobertura médica y de medicamentos recetados, elija Essential Rx.</p> <p>Este plan está diseñado para aquellos que tienen cobertura de medicamentos a través de la Administración de Veteranos u otros programas, como SeniorCare en Wisconsin.</p>
Etapas de cobertura inicial: de \$0 a \$5,030 en costos anuales de medicamentos recetados. Luego de alcanzar el deducible, paga los montos que aparecen a continuación			
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Farmacia minorista: suministro para 30 días \$0 de copago		
Nivel 2 Medicamentos genéricos	Farmacia minorista: suministro para 30 días \$12 de copago		
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos Insulina: \$35 de copago, sin deducible	Farmacia minorista: suministro para 30 días \$47 de copago		
Nivel 4 Medicamentos no preferidos Insulina: \$35 de copago, sin deducible	Farmacia minorista: suministro para 30 días 50% de coseguro		
Nivel 5 Medicamentos de especialidad	Farmacia minorista: suministro para 30 días 29% de coseguro		

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 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. Visite medicare.aspirushealthplan.com para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales. 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). Puede solicitar que hagamos una excepción a esas restricciones o límites. En el formulario y la Evidencia de cobertura de los planes Medicare Advantage de Aspirus Health Plan encontrará los detalles sobre cómo hacer dichas solicitudes.

		Essential Rx	Elite
Vacío de cobertura			Los medicamentos de la Parte D no tienen cobertura en Elite.
Una vez que alcance el monto de \$5,030 en el gasto anual en medicamentos recetados (su costo más el costo de Aspirus Health Plan), pagará como se muestra a continuación		25% del costo de los medicamentos genéricos y de marca	Nota: NO PUEDE ser miembro del plan Elite y de un plan independiente de la Parte D de al mismo tiempo. Si desea cobertura médica y de medicamentos recetados, elija Essential Rx. Este plan está diseñado para aquellos que tienen cobertura de medicamentos a través de la Administración de Veteranos u otros programas, como SeniorCare en Wisconsin.
Cobertura catastrófica			
Una vez que alcance el monto de \$8,000 en el gasto anual de medicamentos recetados (excluyendo el costo de Aspirus Health Plan), usted pagará \$0		\$0 de copago	

Essential Rx incluye cobertura de la Parte D y cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha alcanzado su deducible. Esto incluye las dos dosis de la vacuna contra el herpes zóster (SHINGRIX®).

Ayuda adicional para la Parte D de Medicare

Es posible que pueda obtener asistencia 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
- 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
- A la oficina de Medicaid de su estado o la Oficina de Servicios Humanos del condado
- SeniorCare en Wisconsin al 1.800.657.2038

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

Para encontrar una farmacia, visite search.aspirushealthplan.com. Si lo prefiere, puede pedir ayuda para solicitar un directorio de proveedores y farmacias al 1.855.931.4859.

Información adicional

Cobertura de la red de proveedores

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

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

Administración de la atención

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

Comprender la gestión de la utilización

Autorización previa

Una forma en que UCare garantiza una atención excelente es colaborando con sus profesionales

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

Ofrecemos cobertura para determinados servicios que figuran en el cuadro de beneficios solo cuando su médico o proveedor obtienen nuestra aprobación por anticipado. Estos servicios aprobados incluyen servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados, pruebas de diagnóstico genético y molecular, cirugía de la columna lumbar, cirugía bariátrica, procedimientos venosos, estimuladores del crecimiento óseo y estimuladores de la médula espinal. Otros servicios que requieren autorización y/o notificación previa están marcados con un ^{3,4,5} en la tabla.

Autorización y notificación

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

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

Notificación

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

Autorización previa/revisión previa al servicio

Antes de que cualquier servicio pueda estar cubierto, su proveedor de atención médica debe obtener aprobación de UCare. Esto se aplica a los proveedores que forman parte de la red de UCare, así como a aquellos que están fuera de la red. Para determinar la cobertura, el equipo clínico de UCare evalúa si el servicio es médicamente necesario, apropiado y eficaz para sus necesidades específicas. La autorización previa, también conocida como revisión previa al servicio, requiere que su proveedor envíe información a UCare y solicite su aprobación antes de que usted reciba el servicio. Si la aprobación previa es necesaria para el servicio específico, la cobertura solo se proporcionará si se ha otorgado la aprobación.

Revisión urgente/simultánea

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

Revisión posterior al servicio

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

Apelación

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

Obtenga más información

Ingrese a ucare.org y haga clic en “plan resources” (recursos del plan). Los miembros de UCare también pueden buscar servicios en sus documentos de Evidencia de cobertura y Aviso anual de cambios. Estos documentos dejan constancia si se requiere

notificación y autorización. Cada año de renovación, los miembros reciben un Aviso anual de cambios que explica cualquier cambio en los beneficios de su plan.

Tenga en cuenta los límites de cobertura de Medicare

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

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

mama luego de una mastectomía, así como los procedimientos en la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.

- Atención quiropráctica de rutina, a excepción de la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
- Comidas 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 antes. Incluso si recibe dichos servicios en una institución de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos.

Limitaciones de la cobertura dental

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

- Endodoncia: limitado a uno (1) por diente de por vida.
- Periodoncia (que no sean limpiezas de mantenimiento periodontal): la cobertura se limita a un (1) tratamiento periodontal no quirúrgico y un (1) tratamiento periodontal quirúrgico por cuadrante cada 36 meses.

- Injerto óseo: la cobertura se limita a una vez por sitio (reborde superior/inferior) junto con la construcción del reborde óseo necesario para la colocación exitosa de un implante o prótesis removible (dentaduras postizas parciales/completas).
- Servicios importantes de restauración: el beneficio del reemplazo de una corona o incrustación se proporcionará solo después de un período de 60 meses, medido desde la última fecha en que se realizó el servicio dental cubierto.
- Prótesis, removibles y fijas: un aparato protésico (dentadura postiza o puente) con el propósito de reemplazar un aparato existente estará cubierto solo después de 60 meses.
- Servicios de implante: reemplazo de una sola pieza dentaria. La cobertura de implantes se limita a una vez por diente de por vida (consulte también la exclusión n.º 18).

Exclusiones de la cobertura dental

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

1. Servicios dentales que no están necesaria o específicamente cubiertos
2. Cargos por hospitalización u otros cargos del centro
3. Medicamentos recetados
4. Todo procedimiento dental llevado a cabo solamente como procedimiento cosmético
5. Cargos por procedimientos dentales completados antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del miembro
6. Servicios del anestesiólogo
7. Procedimientos, aparatos o restauraciones dentales que son necesarios para modificar, restaurar o mantener la oclusión, incluidos, entre otros:
aumento de la dimensión vertical, reemplazo o estabilización de la estructura dental perdida por desgaste (uso), realineación de los dientes, entablillado periodontal y registros 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 Evidencia de cobertura

9. Material artificial implantado o injertado en el tejido blando, incluye extirpación quirúrgica de implantes, con excepciones
10. Examen periodontal e instrucción de higiene oral
11. Servicio para dientes retenidos en relación con una sobredentadura. Aparatos de sobredentadura limitados a una asignación por una dentadura completa estándar
12. Toda cirugía oral que incluya endodoncia quirúrgica (apicectomía, empaste de retrogrado) que no esté enumerado en Cirugía oral en la Evidencia de cobertura
13. Analgesia (óxido 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 Evidencia de cobertura
25. Retenedores de espacio

Aviso de prácticas de privacidad

Fecha de entrada en vigencia: 1.º de julio de 2013

Fecha de la última revisión: 20 de julio de 2022

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

Revíselo con cuidado.

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

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas o desea presentar una queja, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad en UCare, Attn: Privacy Officer, PO Box 52, Minneapolis, MN 55440-0052, o llamando a nuestra línea directa de cumplimiento las 24 horas al 612-676-6525. También puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. en la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., en: U.S. Department of Health & Human Services at the Office for Civil Rights, U.S. Department of Health & Human Services, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

¿Por qué le estamos diciendo esto?

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

¿Qué se entiende por “información”?

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

¿Qué clase de información utilizamos?

Recibimos información sobre usted como parte de nuestro trabajo al proporcionarle servicios del plan de salud y cobertura médica. Esta información incluye su nombre, dirección, fecha de nacimiento, raza, etnia, idioma, orientación sexual, identidad de género, números de teléfono, información familiar, información financiera, registros médicos y otra información de salud. Algunos ejemplos de la clase de información que recopilamos incluyen: la información de solicitudes de inscripción, reclamos, información de proveedores y

encuestas sobre satisfacción del cliente o de salud; la información que usted nos proporciona cuando nos llama para hacer una pregunta o cuando presenta una queja o apelación; la información que necesitamos para responder a su pregunta o para decidir sobre su apelación y la información que usted nos proporciona para ayudarnos a obtener el pago de primas.

¿Qué hacemos con esta información?

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

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

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

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

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

No vendemos ni rentamos su información a nadie. No utilizamos ni divulgamos su información para recaudar fondos sin su permiso. Únicamente

utilizaremos o divulgaremos su información para fines de comercialización con su autorización. Protegemos la información de los antiguos miembros de igual manera que la de los miembros actuales.

¿Quién ve su información?

Los empleados de UCare ven su información únicamente si es necesario para llevar a cabo su trabajo. Tenemos procedimientos y sistemas para proteger la información personal de aquellas personas que no tengan derecho a verla. Podemos compartir la información con proveedores y otras compañías o personas que trabajan con o para nosotros. Tenemos contratos con esas compañías o personas. En esos contratos, solicitamos que ellos acepten mantener la confidencialidad de su información. Esto incluye a nuestros abogados, contadores, auditores, administradores terceros, agentes o corredores de seguros, compañías de sistemas de información, compañías de mercadeo, compañías de manejo de enfermedades o asesores.

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

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

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

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

¿Cuáles son sus derechos?

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

Tenemos derecho a no estar de acuerdo con esa declaración. Incluso si denegamos su solicitud para cambiar o agregar a su información, usted todavía tiene derecho a que se incluya en su información su solicitud escrita, nuestra denegación escrita y su declaración de desacuerdo.

- Tiene derecho a recibir una lista de las veces en que hemos compartido su información, en algunos casos. Tenga en cuenta que no estamos obligados a proporcionarle una lista de la información compartida antes del 14 de abril de 2003; información compartida o utilizada con propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; información compartida con usted o con alguien más como resultado de su autorización; información que se comparte como resultado de un uso o divulgación permitidas o información compartida por seguridad nacional o propósitos de inteligencia. Todas las solicitudes para esta lista deben ser por escrito. Necesitaremos que nos proporcione información específica para que podamos responder a su solicitud. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una cuota razonable. Si tiene preguntas acerca de esto, comuníquese con nosotros a la dirección proporcionada al final de este aviso.
- Tiene derecho a recibir notificaciones de violaciones de su información médica protegida no segura.
- De ser solicitada, tiene derecho a recibir de nosotros una copia de este aviso. Este aviso entró en vigencia el 1 de julio de 2013 y se revisó por última vez el 20 de julio de 2022.

¿Cómo protegemos su información?

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

¿Qué más necesita saber?

Podemos cambiar nuestra política de privacidad cada cierto tiempo. Como lo requiere la ley, le enviaremos nuestro aviso si lo solicita. Si tiene preguntas sobre este aviso, llame a Servicios al Cliente de UCare al

número de teléfono gratuito que aparece en la parte trasera de su tarjeta de miembro. Esta información está disponible en otros formatos para personas con discapacidades. Solicítenos esta información.

Aviso de no discriminación

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

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

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

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

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

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

Reclamo oral

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

Reclamo por escrito

Dirección postal

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Correo electrónico: cag@ucare.org

Fax: 612-884-2021

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

TruHearing es una marca registrada de TruHearing, Inc.

SHINGRIX es una marca registrada del grupo de compañías GSK.

Elija un plan adecuado para usted



Charlie

Charlie está activo, ocupado y goza de buena salud. Está a punto de cumplir 65 años. Quiere encontrar una buena cobertura en caso de una emergencia o enfermedad grave. Essential Rx es una opción ideal para Charlie porque está dispuesto a pagar más en costos de desembolso directo a cambio de una prima de \$0.



Terry

Terry es veterano y recibe la mayor parte de su atención y todos sus medicamentos recetados a través de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA). Elite le da a Terry beneficios adicionales, incluyendo cobertura dental y acondicionamiento físico, y le devuelve parte de su prima de la Parte B de Medicare. Elite también es una buena opción para aquellos inscritos en el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (por ejemplo, SeniorCare en WI).

	Essential Rx	Elite
Prima (usted debe continuar pagando su prima de la Parte B)	\$0	\$0
Devolución de la prima de la Parte B de Medicare	No aplicable	\$25
Médico y hospitalario	✓	✓
Programas de acondicionamiento físico	✓	✓
Dental	✓	✓
Anteojos recetados y audífonos	✓	✓
Asignación para productos de venta libre	✓	✓
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	✓	No aplicable
Cobertura al viajar	✓	✓
Máximo de desembolso directo (dentro y fuera de la red combinado)	\$4,500	\$3,200

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

Aspirus Health Plan, Inc. es un plan PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en Aspirus Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.



P.O. Box 51
Minneapolis, MN 55440-9972
715.631.7441 | 1.855.931.4859 | TTY 1.855.931.4852
[medicare.aspirushealthplan.com](https://www.medicare.aspirushealthplan.com)

H6874_50014_082023_M

U50014 (08/2023) © 2023 Aspirus Health Plan. Todos los derechos reservados.