

# EssentiaCare Grand (PPO) ofrecido por UCare Health, Inc.

## Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente está inscrito como miembro de EssentiaCare Grand. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 6 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [ucare.org/formembers](http://ucare.org/formembers). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

### Qué hacer ahora

#### 1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Compruebe si los cambios en nuestros beneficios y costos le afectan.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

#### 2. COMPARE: Obtenga más información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y usted 2023 (Medicare & You 2023)*.
- Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

**EssentiaCare**  
Essentia Health + UCare

### 3. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá en EssentiaCare Grand.
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción con EssentiaCare Grand.
- Si se ha mudado recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

### **Recursos adicionales**

- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 218-722-4915 o al 1-855-432-7025 (esta llamada es gratuita) para obtener información adicional. Los usuarios de TTY deben llamar al 612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.
- Si lo solicita, podemos darle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos si es necesario.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### **Acerca de EssentiaCare Grand**

- EssentiaCare es un plan PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en EssentiaCare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a UCare Health, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” se refiere a EssentiaCare Grand.

Y0120\_8783\_7985\_082022\_M

# 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 **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, llámenos al número que aparece en el reverso de su tarjeta de membresía o al **612-676-3200** o la línea gratuita al **1-800-203-7225 (voz)**; **612-676-6810** o a la línea gratuita al **1-800-688-2534 (TTY)**.

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

## **Queja oral**

Si es miembro actual de UCare, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de membresía. En caso contrario, llame al **612-676-3200** o a la línea gratuita **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](mailto:cag@ucare.org)  
Fax: 612-884-2021

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ဟံသျှဉ်ဟံသး-နမ္မာ်ကတိံ ကညိံ ကျိာ်အယိံ, နမ္မာ် ကျိာ်အတၢ်မၤစၢလၢ တလၢကတၢၢ်လၢကတၢၢ် နိတမံဘၣ်သ့န့ၣ်လီၤ. ဝိ: 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

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

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស, រសវាជំនួយវេជ្ជកម្មភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ 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 사용하지는 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).

# Aviso anual de cambios para 2023

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para 2023</b> .....	<b>6</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año</b> .....	<b>8</b>
Sección 1.1. Cambios en la prima mensual .....	8
Sección 1.2. Cambios en sus montos máximos de desembolso .....	8
Sección 1.3. Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	9
Sección 1.4. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	10
Sección 1.5. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	11
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos</b> .....	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir</b> .....	<b>14</b>
Sección 3.1. Si desea permanecer en EssentiaCare Grand .....	14
Sección 3.2. Si desea cambiar de plan.....	14
<b>SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan</b> .....	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare</b> .....	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados</b> .....	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas?</b> .....	<b>18</b>
Sección 7.1. Obtener ayuda de EssentiaCare Grand .....	18
Sección 7.2. Obtener ayuda de Medicare .....	18

## Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para EssentiaCare Grand en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.</p>	\$109	\$93
<p><b>Montos máximos de desembolso directo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>(Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).</p>	<p>De proveedores de la red: \$3,500</p> <p>De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$7,000</p>	<p>De proveedores de la red: \$3,000</p> <p>De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$4,500</p>
<p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$30 de copago por visita</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Visitas de atención primaria: 40 % de coseguro por visita Visitas al especialista: 40 % de coseguro por visita</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$30 de copago por visita</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Visitas de atención primaria: \$40 de copago por visita Visitas al especialista: \$75 de copago por visita</p>
<p><b>Estadías hospitalarias como paciente hospitalizado</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$250 de copago por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare hasta el alta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 40 % de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$250 de copago por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare hasta el alta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 40 % de coseguro</p>

<b>Costo</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (próximo año)</b>
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p> <p>Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. Si tiene alguna pregunta acerca de la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).</p> <p>Las insulinas incluidas en este beneficio se identifican en la Lista de medicamentos como “insulinas seleccionadas”.</p>	<p><b>Deducible:</b> \$250</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Nivel 1 de medicamentos:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> \$10 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$1 de copago</p> <p><b>Nivel 2 de medicamentos:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> \$17 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$7 de copago</p> <p><b>Nivel 3 de medicamentos:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> \$45 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$35 de copago</p> <p><b>Insulinas seleccionadas:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> \$35 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$30 de copago</p> <p><b>Nivel 4 de medicamentos:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> 50 % de coseguro <i>Costo compartido preferido:</i> 50 % de coseguro</p> <p><b>Nivel 5 de medicamentos:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> 28 % de coseguro <i>Costo compartido preferido:</i> 28 % de coseguro</p>	<p><b>Deducible:</b> \$0</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Nivel 1 de medicamentos:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> \$10 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 de copago</p> <p><b>Nivel 2 de medicamentos:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> \$20 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$10 de copago</p> <p><b>Nivel 3 de medicamentos:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> \$47 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$47 de copago</p> <p><b>Insulinas seleccionadas:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> \$35 de copago <i>Costo compartido preferido:</i> \$30 de copago</p> <p><b>Nivel 4 de medicamentos:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> 50 % de coseguro <i>Costo compartido preferido:</i> 50 % de coseguro</p> <p><b>Nivel 5 de medicamentos:</b> <i>Costo compartido estándar:</i> 33 % de coseguro <i>Costo compartido preferido:</i> 33 % de coseguro</p>

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

---

### Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

---

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$109	\$93
<b>Classic Choice Dental</b> (beneficio complementario opcional)	\$25	\$25

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por estar sin otra cobertura de medicamentos recetados que sea igual de buena que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (también se conoce como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual del plan será *menor* si recibe “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 acerca de la “Ayuda adicional” de Medicare.

### Sección 1.2. Cambios en sus montos máximos de desembolso

---

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga usted de “desembolso directo” durante el año. A este límite se le llama el “monto máximo de desembolso directo”. Una vez que alcance esta cantidad, generalmente no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.



<b>Costo</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (próximo año)</b>
<p><b>Monto máximo de desembolso directo dentro de la red</b></p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red cuentan para el monto máximo de desembolso directo dentro de la red. Sus costos de medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de desembolso directo.</p>	\$3,500	<p>\$3,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,000 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p><b>Monto máximo de desembolso directo combinado</b></p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red y fuera de la red cuentan para su monto máximo de desembolso directo combinado. Su prima del plan y sus costos de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cuentan para su monto máximo de desembolso directo por servicios médicos.</p>	\$7,000	<p>\$4,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,500 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

### **Sección 1.3. Cambios en las redes de proveedores y farmacias**

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [ucare.org/searchnetwork](https://ucare.org/searchnetwork). También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre el proveedor o la farmacia o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo postal.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias para 2023* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias para 2023* para comprobar qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, póngase en contacto con Servicio al Cliente para que podamos ayudarlo.

## Sección 1.4. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Servicios dentales</b>	Usted <u>no tiene</u> un máximo de beneficios anual combinado dentro de la red y fuera de la red para servicios dentales incluidos con su plan base.	Usted tiene un máximo de beneficios anual de \$2,000 combinado dentro de la red y fuera de la red para servicios dentales incluidos con su plan base.
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga \$90 de copago por cada visita a la sala de emergencias dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	Usted paga \$100 de copago por cada visita a la sala de emergencias dentro de los Estados Unidos y sus territorios.
<b>Beneficio de artículos venta libre (OTC) a través de Healthy Savings</b>	Dentro y fuera de la red: Usted recibe una asignación OTC de \$50 dos veces al año.	Dentro y fuera de la red: Usted recibe una asignación OTC de \$75 dos veces al año.
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	Dentro de la red: Usted paga \$30 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	Dentro de la red: Usted paga \$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.
<b>Atención de emergencia en todo el mundo</b>	Usted paga \$90 de copago por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo.	Usted paga \$100 de copago por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo.
<b>Transporte de emergencia en todo el mundo</b>	Usted paga \$90 de copago por cada transporte terrestre de emergencia mundial de ida o vuelta.	Usted paga \$100 de copago por cada transporte terrestre de emergencia mundial de ida o vuelta.
<b>Atención de urgencia en todo el mundo</b>	Usted paga \$90 de copago por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo.	Usted paga \$100 de copago por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo.

## **Sección 1.5. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D**

---

### **Cambios en nuestra Lista de medicamentos**

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

**Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para verificar si habrá alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

### **Cambios en los costos de los medicamentos recetados**

**Nota:** Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Le enviamos un inserto separado, llamado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa acerca de los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre, llame a Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”.

La siguiente información muestra los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa de vacío de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica).

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame al Servicio al Cliente para obtener más información.

**Mensaje importante sobre lo que paga por insulina:** Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

- **Obtener ayuda de Medicare:** Si eligió este plan porque estaba buscando cobertura de insulina a \$35 al mes o menos, es importante que sepa que puede tener otras opciones disponibles para 2023 a costos aún más bajos debido a los cambios en el programa de la Parte D de Medicare.

**Comuníquese con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener ayuda para comparar sus opciones. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.**

- **Recursos adicionales que pueden ayudar:** Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 218-722-4915 o al 1-855-432-7025 (esta llamada es gratuita) para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita)). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

**Cambios en la Etapa de deducible**

<b>Etapa</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (próximo año)</b>
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	<p>El deducible es de \$250 para los Niveles 3 al 5.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$10 (costo compartido estándar) o \$1 (costo compartido preferido) por medicamentos en el Nivel 1, \$17 (costo compartido estándar) o \$7 (costo compartido preferido) para medicamentos en el Nivel 2, y el costo total de los medicamentos en los Niveles 3 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>No hay deducible para EssentiaCare Grand para insulinas seleccionadas. Usted paga \$35 de costo compartido estándar y \$30 de costo compartido preferido para insulinas seleccionadas.</p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>No hay deducible para EssentiaCare Grand para insulinas seleccionadas. Usted paga \$35 de costo compartido estándar y \$30 de costo compartido preferido para insulinas seleccionadas.</p>

## Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$10 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$1 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$17 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$7 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$45 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga el \$35 por receta.</p> <p><b>Insulinas seleccionadas</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$35 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$30 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca no preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga el 50 % del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga el 50 % del costo total.</p> <p><b>Medicamentos de especialidad:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga el 28 % del costo total.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$10 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$20 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$10 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$47 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$47 por receta.</p> <p><b>Insulinas seleccionadas</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$35 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$30 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca no preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga el 50 % del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga el 50 % del costo total.</p> <p><b>Medicamentos de especialidad:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga el 33 % del costo total.</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 28 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de vacío de cobertura).</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de vacío de cobertura).</p>

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Red nacional ampliada	Usted tiene acceso a proveedores dentro de la red en Minnesota y Wisconsin.	Además de los proveedores dentro de la red en Minnesota y Wisconsin, también tiene acceso a proveedores fuera del estado con la red nacional MultiPlan Medicare Advantage a costos compartidos dentro de la red.

## SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

### Sección 3.1. Si desea permanecer en EssentiaCare Grand

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan EssentiaCare Grand.

### Sección 3.2. Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2023, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- --O-- Puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de

medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y usted 2023*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, UCare Health, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costo compartido.

## **Paso 2: Cambie su cobertura**

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en EssentiaCare Grand.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en EssentiaCare Grand.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto.
  - -- *O* -- Comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida que cancelen la inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## **SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan**

---

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2023.

### **¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?**

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura a través de un empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se ha mudado recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea

con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

## **SECCIÓN 5      Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare**

---

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros capacitados en cada estado.

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a personas con Medicare. Los consejeros del SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a su SHIP estatal a los números de teléfono que se incluyen a continuación.

### **SHIP de Minnesota**

Senior LinkAge Line®

Minnesota Board on Aging

P.O. Box 64976

St. Paul, MN 55164-0976

1-800-333-2433 (esta llamada es gratuita)

TTY: llame al Servicio de Retransmisión de Minnesota al 711

[www.seniorlinkageline.com](http://www.seniorlinkageline.com)

### **SHIP de Wisconsin**

Wisconsin Board on Aging and Long-Term Care

Board on Aging & Long Term Care

1402 Pankratz Street, Suite 111

Madison, WI 53704-4001

1-800-242-1060 (esta llamada es gratuita)

TTY: llame al 711

[longtermcare.wi.gov](http://longtermcare.wi.gov)

## **SECCIÓN 6      Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados**

---

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, detallamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para “Ayuda adicional” para cubrir sus costos de medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no tendrán la transición de cobertura o a una multa por inscripción tardía. Para averiguar si califica para esta ayuda, llame a:



- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o
  - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Wisconsin tiene un programa llamado Wisconsin SeniorCare que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
  - **Asistencia para el costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados a través del ADAP estatal. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de su estado a los números que se incluyen a continuación.

#### **ADAP de Minnesota**

HIV/AIDS Programs, Department of Human Services  
 P.O. Box 64972  
 St. Paul, MN 55164-0972  
 Área metropolitana de Twin Cities: 651-431-2414  
 Todo el estado: 1-800-657-3761 (esta llamada es gratuita)  
 TTY: 1-800-627-3529 (esta llamada es gratuita)

#### **ADAP de Wisconsin**

Wisconsin Department of Health Services  
 Division of Public Health  
 Attn: ADAP  
 P.O. Box 2659  
 Madison, WI 53701-2659  
 608-261-6952, 608-267-6875 o 1-800-991-5532 (esta llamada es gratuita)  
 TTY: llame al 711 o al Servicio de Retransmisión de Wisconsin al 1-800-947-3529 (esta llamada es gratuita)

## SECCIÓN 7      ¿Preguntas?

---

### Sección 7.1. Obtener ayuda de EssentiaCare Grand

---

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al Cliente al 218-722-4915 o al 1-855-432-7025 (esta llamada es gratuita). Solo para usuarios de TTY: llame al 612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura 2023* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2023* para EssentiaCare Grand. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en **ucare.org/formembers**. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web **ucare.org**. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y la lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

### Sección 7.2. Obtener ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

#### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

#### **Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Tiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

#### **Lea *Medicare y usted 2023***

Lea el manual *Medicare y usted 2023*. Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



# EssentiaCare

Essentia Health + UCare

500 Stinson Blvd. NE  
Minneapolis, MN 55440-0052

**218-722-4915 o 1-855-432-7025 (esta llamada es gratuita)**

**TTY: 612-676-6810 o 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita),**

de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana

**[ucare.org](https://www.ucare.org)**