



Carla
UCare figure-outer

Dani Fitterer, PA-C
Atención primaria,
M Health Fairview
Eden Prairie Clinic

Resumen de beneficios de 2023

Guía de comparación de planes Medicare de UCare con M Health Fairview y North Memorial Health

Medicare Advantage — Área metropolitana



su lista de verificación de compra

- inscribirse en Original Medicare
- seleccionar el plan que mejor se adapte a su estilo de vida
- inscribirse en un plan Medicare Advantage de UCare

Tres formas de inscribirse



en línea

ucare.org/medicare123

fácil y rápido
transferencia de
datos segura

guarde la inscripción
para finalizar más tarde



por correo

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



por teléfono

llame al 1-877-671-1064
para inscribirse con un
especialista en ventas
autorizado de Medicare

llame a un agente confiable
de UCare cerca de usted



¿Por qué UCare con M Health Fairview y North Memorial Health?

Si trata de comprender cómo funciona Medicare por su cuenta, puede resultarle abrumador. Nuestro equipo que elimina las complicaciones puede hacerlo más fácil.

Somos los solucionadores que pueden informarle sobre lo que debe saber acerca de Medicare y ayudarle a elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades.

UCare, M Health Fairview y North Memorial Health formaron una asociación especial para ofrecer este plan Medicare Advantage basado en la red. Recibirá atención de alta calidad de proveedores que conoce y en los que confía, y pagará menos por la atención cuando use proveedores dentro de la red.

UCare Medicare con M Health Fairview y North Memorial Health le da tranquilidad con cobertura que protege su salud y su billetera.



Medicare plans with
**M Health Fairview &
North Memorial Health**

Este manual ofrece un resumen de lo que cubrimos y lo que usted tiene que pagar. No incluye todos los servicios que cubrimos ni cada una de sus limitaciones o exclusiones. Algunos servicios requieren autorización previa. Para acceder a una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la Evidencia de cobertura.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-671-1064 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-688-2534) para obtener más información.

UCare Health, Inc. es un plan HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en UCare Health depende de la renovación del contrato.

ABC_yD de Medicare

¿Confundido con Medicare? Nuestro equipo se encarga de eliminar las complicaciones, por lo que está a su servicio para responder las preguntas más difíciles. Le ayudamos a navegar para que pueda elegir el plan de salud adecuado para usted.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual Medicare y usted actual. Puede verlo en línea en [medicare.gov](https://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 deben llamar al 1-877-486-2048.

ABC y D de Medicare

Original Medicare está compuesto por dos partes: la **Parte A** y la **Parte B**



Parte A: cobertura de hospital

La Parte A de Medicare ayuda a pagar las estadías como paciente hospitalizado en hospitales y en centros de enfermería especializada, la atención de cuidados paliativos y la atención de la salud en el hogar.



Parte B: cobertura médica

La Parte B de Medicare ayuda a pagar un amplio rango de gastos médicos, incluidas las visitas al médico, numerosos exámenes de detección preventivos, análisis de laboratorio, radiografías, procedimientos ambulatorios, servicios de salud mental, equipos médicos duraderos y más.



Cobertura y servicios adicionales
*anteojos recetados, audífonos,
atención dental, salud y bienestar*

Plan Medicare Advantage

Parte C: Plan Medicare Advantage

Piense en la Parte C (Plan Medicare Advantage) como un paquete.

Combina la Parte A con la Parte B y luego puede agregar beneficios especiales que Medicare no cubre, como atención de la vista y atención dental. Muchos paquetes incluso cuentan con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

Descubra la comodidad todo en uno de un plan Medicare Advantage. Obtenga todos sus beneficios de salud en un solo paquete y encuentre tranquilidad para proteger su salud y administrar sus costos de desembolso directo.



Parte D: cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

La Parte D está disponible para todos los que se inscriban en la Parte A o la Parte B de Medicare. La Parte D se puede comprar a través de dos tipos de planes de salud: los planes Medicare Advantage que incluyen la Parte D o los planes individuales de cobertura de medicamentos recetados.

Debe elegir si desea inscribirse o no en la Parte D cuando comienza a ser elegible para recibir Medicare. Tenga en cuenta que si lo

rechaza pero más adelante decide que desea tener esta cobertura, es posible que deba pagar una multa.

La mayoría de los planes de la Parte D tiene una prima mensual, y los beneficios y costos de los medicamentos varían según el plan. Cada plan de salud publica una lista de los medicamentos cubiertos que se denomina formulario.

¿En qué casos soy elegible para Original Medicare?

Usted califica para recibir Medicare si:

- Tiene 65 años o más o cumple con los criterios especiales
- Ha trabajado durante al menos 10 años y pagado los impuestos de Medicare (o lo hizo su cónyuge)
- Es ciudadano y residente permanente de los Estados Unidos

¿Cómo me inscribo en Original Medicare?

Puede solicitarlo en línea en ssa.gov/medicare, por cita telefónica al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al: 1-800-325-0778), o en una oficina local del Seguro Social.

¿Cuándo me puedo inscribir en un plan Medicare Advantage?

Medicare tiene límites sobre cuándo y con qué frecuencia puede cambiar su plan Medicare Advantage. Estos períodos de tiempo específicos, denominados “períodos de elección”, determinan cuándo se puede inscribir o darse de baja de un plan Medicare Advantage.

Período de elección para la cobertura inicial (ICEP)

Cuando comienza a ser elegible para recibir Medicare (ya sea por edad o discapacidad), puede inscribirse en Original Medicare y en un plan Medicare Advantage durante el Período de elección para la cobertura inicial (Initial Coverage Election Period, ICEP). Cuando se inscribe durante el ICEP, lo más pronto que Medicare nos permite aceptar su solicitud de inscripción es tres meses antes de que haya comenzado a ser elegible.

Si ya ha tenido la Parte A y simplemente solicita la Parte B, el ICEP se limita a los tres meses previos a su inscripción en la Parte B.

Inscríbase cuando comience a ser elegible

Tiene un período de siete meses (tres meses antes de cumplir 65 años, el mes en el que cumple 65 años y tres meses después de su mes de cumpleaños).

Por ejemplo, su cumpleaños es el 4 de julio.



3 meses antes

3 meses después



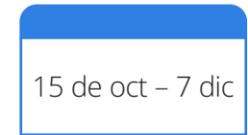
Multas por inscripción tardía

Si no se inscribe en la Parte B y la Parte D cuando comienza a ser elegible, es posible que Medicare aplique una multa si decide inscribirse más tarde. Pagará la multa durante todo el tiempo que tenga cobertura de la Parte B o Parte D. Existen algunas excepciones a esta regla.

¿Cuándo puedo realizar cambios en mi cobertura de Medicare?

Período de elección anual (AEP)

Todos los años, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, puede realizar un cambio de plan que entrará en vigencia el 1.º de enero del año siguiente. Este cambio puede incluir la incorporación o eliminación de la Parte D de Medicare.



Período de elección anual



Comienza la cobertura

Nota: Los planes Medicare Advantage publican sus tarifas y beneficios para el año siguiente el 1 de octubre.

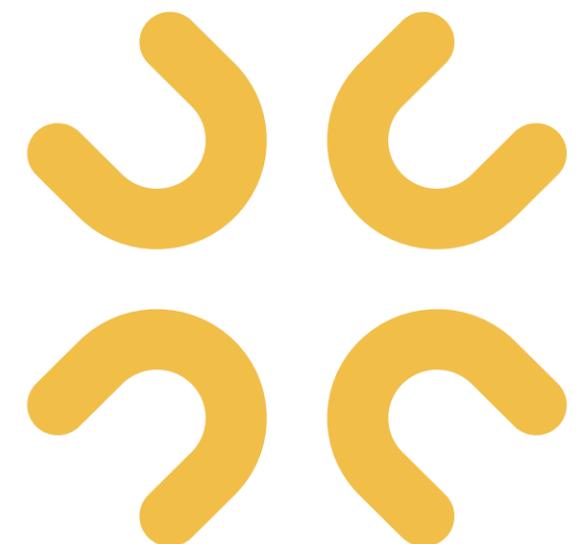
Períodos especiales de inscripción (SEP)

Puede calificar para un Período especial de inscripción (Special Enrollment Period, SEP) en cualquier momento durante el año si cumple con las siguientes condiciones:

- Está a punto de abandonar o perder su cobertura a través de un empleador o sindicato (incluido COBRA)
- Se muda a un área en la que no se ofrece su plan
- Recibe Medical Assistance o ya no califica para Medical Assistance
- Recibe Ayuda adicional para la Parte D de Medicare
- Está a punto de perder su cobertura actual o se ha dejado de ofrecer su plan

Período de inscripción abierta para Medicare Advantage (MA-OEP)

Durante el Período de inscripción abierta para Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA-OEP), los miembros de Medicare Advantage pueden inscribirse en otro plan Medicare Advantage o darse de baja de su plan Medicare Advantage y regresar a Original Medicare (se limita a un cambio). Este período se extiende desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo o si está recién inscrito en Medicare, dentro de sus primeros tres meses de inscripción.





¿Por qué elegir Medicare Advantage de UCare?

Los planes UCare Medicare Advantage con M Health Fairview y North Memorial Health ofrecen conveniencia todo en uno, con cobertura médica y de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en un plan sencillo. Además, obtendrá servicios adicionales como beneficios dentales, anteojos recetados, audífonos y beneficios de acondicionamiento físico.

Obtenga los beneficios y la cobertura que necesita

Red: todos los médicos, clínicas y hospitales de M Health Fairview y North Memorial Health, así como otros proveedores independientes

Elección: gama de planes y primas para adaptarse a sus necesidades, estilo de vida y presupuesto

Servicio al cliente: local y de fácil acceso

Conveniencia: cobertura médica y de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en un plan

Gran cantidad de servicios adicionales: beneficios dentales, anteojos recetados, audífonos y beneficios de acondicionamiento físico

Atención en línea: diagnóstico y tratamiento las 24 horas del día, los siete días de la semana de un proveedor de M Health Fairview o North Memorial Health



cobertura de medicamentos recetados



cobertura dental



beneficio para artículos de venta libre



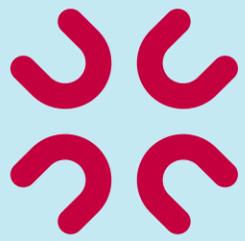
opciones de acondicionamiento físico



cuidador y apoyo para el bienestar



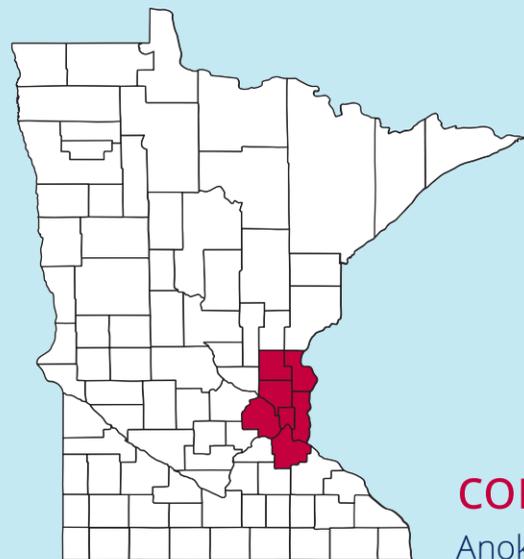
anteojos recetados y audífonos



UCare crea asociaciones para cuidar su salud

Puede aprovechar al máximo sus dólares para atención médica y acceder a todo tipo de atención que pueda necesitar con nuestros planes M Health Fairview y North Memorial Health. Además de la atención de alta calidad que recibirá de M Health Fairview y North Memorial Health, también puede ver a especialistas de la Universidad de Minnesota y muchos proveedores independientes. Y nunca necesitará una remisión para ver a un especialista.

Obtendrá la misma gran cobertura en muchos proveedores fuera del estado con nuestra red nacional MultiPlan ampliada. También obtiene cobertura fuera-de-la red con cualquier proveedor que acepte Medicare, pero puede pagar más. Para encontrar un médico en la red del plan o ver si sus recetas están en nuestra lista de medicamentos cubiertos, vaya a ucare.org/medicare123 y elija "Medicare with M Health Fairview & North Memorial Health" (Medicare con M Health Fairview & North Memorial Health) en "Pick your plan" (Elija su plan).



condados de la zona metropolitana
Anoka, Chisago, Dakota, Hennepin, Isanti, Ramsey, Washington

Para obtener información sobre los planes disponibles en otros condados, llámenos al 1-877-671-1064 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-688-2534), de 8 am a 8 pm los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).

Imagínese usando uno de nuestros planes

Elija entre dos planes:

- Care Wise:
M Health Fairview y North Memorial (HMO-POS)*
- Care Core:
M Health Fairview y North Memorial (HMO-POS)*



Cindy

A Cindy le gusta que su médico de atención primaria esté en la red de proveedores de su plan. Ella está dispuesta a pagar un poco más cuando recibe atención. Con Care Wise, obtiene un gran valor, una prima mensual de \$0 y un reembolso de \$19 en su prima de la Parte B.



Robert

Robert goza de buena salud y quiere un plan asequible que cubra toda la atención que pueda necesitar. Le gusta que los especialistas estén incluidos en la red de Care Core y que no tenga un copago por las visitas a su médico de atención primaria. La cobertura dental y opciones de atención en línea son una ventaja.

	Care Wise	Care Core
Prima del plan (usted debe continuar pagando su prima de la Parte B)	\$0	\$42
Médico y hospitalario	✓	✓
Programas de acondicionamiento físico	✓	✓
Dental	✓	✓
Anteojos recetados y audífonos	✓	✓
Beneficio para artículos de venta libre	✓	✓
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	✓	✓
Cobertura al viajar	✓	✓
Máximo de desembolso directo	\$5,800	\$5,500

*HMO-POS: Organización para el Mantenimiento de la Salud con un contrato de Punto- de Servicio.



Opciones de acondicionamiento físico

Programa de acondicionamiento físico One Pass

One Pass es un programa de acondicionamiento físico para su cuerpo y mente, disponible para usted sin costo adicional. Tendrá acceso a más de 23,000 lugares de acondicionamiento físico participantes en toda la nación, además de:

- Más de 32,000 clases de acondicionamiento físico bajo demanda y en vivo
- Desarrolladores de entrenamientos para crear sus propios entrenamientos
- Un kit de acondicionamiento físico en el hogar disponible para los miembros que no pueden visitar físicamente o que residen al menos 15 millas fuera de un lugar de acondicionamiento físico participante
- Programa de entrenamiento cerebral personalizado en línea para ayudar a mejorar la memoria, atención y enfoque.
- Más de 30,000 actividades sociales, clases comunitarias y eventos disponibles para la participación en línea o presencial
- Encuentre ubicaciones participantes cerca de usted en ucare.org/onepass o llame al 1-877-504-6830 (TTY 711), de 8 am a 9 pm, de lunes a viernes

Ahorros en clubes de salud

Únase a una clase, trabaje con pesas, nade o pruebe algo nuevo. Los Ahorros en clubes de salud le ofrecen la variedad que desea y la flexibilidad que se merece. Si pertenece a un club de salud participante que no está en la red One Pass, puede recibir un reembolso de hasta \$30 en sus cuotas mensuales de membresía del club de salud.



Cómo funciona

Traiga su tarjeta de identificación como miembro de UCare a su club de salud para inscribirse. Para ver una lista completa de los clubes de salud participantes, visite ucare.org/fitness.



Cobertura de medicamentos recetados

Consulte la tabla en la página 22 para obtener más información sobre estos beneficios.

Encontrar un medicamento

Busque en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (formulario) en ucare.org/medicare123, haga clic en “Learn more” (Más información) en “Find a doctor or drug” (Buscar un médico o medicamento) y abra la pestaña Drug List (Lista de medicamentos).

Si lo prefiere, puede utilizar la Lista de medicamentos cubiertos de 2023 impresa que se proporcionó. Utilice el índice alfabético que se encuentra en la parte posterior para buscar sus medicamentos.

Encontrar una farmacia

Surta sus recetas en una de las más de 22,000 farmacias preferidas y 42,000 farmacias estándar en nuestra red de planes.

Ahorrará más cuando utilice farmacias preferidas:

- Las farmacias minoristas preferidas incluyen Fairview, North Memorial Health, CVS/Target, Coborn’s, Costco, Cub Foods, Sam’s Club/Walmart y Hy-Vee
- La farmacia de pedidos por correo preferida, Express Scripts, proporciona un suministro de 90 días por dos copagos

También puede completar sus recetas en farmacias estándar de costo compartido en toda la nación, incluyendo Walgreens.

Busque una lista completa de farmacias preferidas en ucare.org/medicare123, haga clic en “Learn more” (Más información) en “Find a doctor or drug” (Buscar un médico o medicamento) y abra la pestaña Pharmacies (Farmacias).

Si lo prefiere, llame para pedir ayuda o solicite un Directorio de proveedores y farmacias al 1-877-671-1064.

Copagos bajos en insulinas seleccionadas del formulario

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, incluso si no ha pagado su deducible.



Beneficio para artículos de venta libre

Consulte la tabla en la página 21 para obtener más información sobre estos beneficios.

Nuestros planes le ayudan a ahorrar dinero de muchas maneras, incluyendo un beneficio para productos de venta libre (OTC) a través de Healthy Savings®. Recibirá una asignación para usar dos veces al año. Los dólares que no use vencerán el 30 de junio y el 31 de diciembre. No puede canjear su asignación por dinero en efectivo. Los artículos elegibles incluyen pastillas para la tos, suministros de primeros auxilios, alivio del dolor, medicamentos para los senos paranasales, pasta de dientes y mucho más. Encuentre ubicaciones participantes, explore artículos elegibles y obtenga más información en healthysavings.com/ucare.

Use su
beneficio OTC
de Healthy
Savings

Las tiendas participantes incluyen:

- Walmart
- Cub
- Coborn's
- CVS (no aplicable a CVS en Target)
- Hornbachers
- Hy-Vee
- Kowalski
- Lunds & Byerlys
- Super One Foods



Anteojos recetados

Consulte la tabla en la página 20 para obtener más información sobre estos beneficios.

Nuestros planes incluyen un beneficio para la vista con una asignación de \$100 para anteojos o lentes de contacto recetados.



Audífonos

Consulte la tabla en la página 19 para obtener más información sobre estos beneficios.

Los miembros disfrutan de un gran descuento en audífonos de alta calidad a través de TruHearing®. Elija entre una variedad de audífonos premium y estándar. Todos los audífonos incluyen una garantía de 3 años y hasta un año de visitas de seguimiento. Los modelos Premium incluyen la opción de una batería recargable.



Cobertura dental

Consulte la tabla en la página 19 para obtener más información sobre estos beneficios.

Ambos planes incluyen cobertura dental. Puede aprovechar al máximo sus beneficios dentales cuando consulte con proveedores de la red Delta Dental National Medicare Advantage. Puede pagar más por los servicios si ve a un proveedor fuera de esta red.

Para encontrar un dentista en la red, vaya a deltadentalmn.org/find-a-dentist y seleccione "I want to see if a dentist is in-network" (Quiero ver si un dentista está dentro de la red) o "I'm looking for a new dentist" (Busco un nuevo dentista) si no tiene uno.



Descuento en educación comunitaria

Consiga un descuento de hasta \$15 en la mayoría de las clases de educación comunitaria en Minnesota. Consulte el catálogo de educación comunitaria local o comuníquese con el distrito escolar local para conocer los horarios y ubicaciones de las clases. Se limita a tres descuentos en un año calendario (un descuento por cada inscripción a una clase).



Programa Caregiver Assurance

Consulte la tabla en la página 21 para obtener más información sobre estos beneficios.

Con el programa Caregiver Assurance™ de M Health Fairview, el apoyo del cuidador está a solo una llamada de distancia. Un asesor de cuidadores dedicado proporciona orientación, recursos y remisiones de servicio para ayudar a aliviar el estrés que los cuidadores pueden experimentar. Los asesores de cuidadores son trabajadores sociales con licencia con capacitación y experiencia en cuidado y envejecimiento. Usted o su cuidador recibirán orientación adaptada a su situación y necesidades.



Programa UCare Wellness Advisor

Consulte la tabla en la página 21 para obtener más información sobre estos beneficios.

En asociación con M Health Fairview, el programa UCare Wellness Advisor proporciona a los miembros un experto dedicado en bienestar que ofrece apoyo, asesoramiento y recursos para ayudar a administrar su bienestar emocional y mejorar la salud general. La ayuda está a solo una llamada de distancia y las conversaciones son completamente confidenciales.



Atención por teléfono o en línea

Consulte la tabla en la página 18 para obtener más información sobre estos beneficios.

Las consultas de telemedicina están incluidas para los servicios aprobados por Medicare. Las consultas en línea (evaluación y diagnóstico en línea) a través de M Health Fairview MyChart están cubiertas para algunas afecciones.

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
- Va a recibir una carta dentro de los 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 UCare que puede comenzar a utilizar en su fecha de entrada en vigencia

Si necesita servicios médicos o medicamentos recetados antes de recibir su tarjeta de identificación, llame a Servicios al cliente al 1-888-618-2595 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-688-2534).

Cómo pagar sus primas

Puede optar por pagar su prima mensual:

- por cheque
- pago automático/transferencia electrónica de fondos (EFT)
- Retiro del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario
- en línea en **member.ucare.org**

No envíe el pago con su formulario de inscripción.

Tres formas de inscribirse



en
línea

ucare.org/medicare123

fácil y rápido

transferencia de
datos segura

guarde la inscripción
para finalizar
más tarde



por
correo

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



por
teléfono

llame al 1-877-671-1064
para inscribirse con un
especialista en ventas
autorizado de Medicare

llame a un agente
confiable de UCare
cerca de usted

Detalles de los beneficios del plan

ÍNDICE

Prima mensual del plan 2023	página 18
Máximo de desembolso directo	página 18
Atención hospitalaria	página 18
Consultas al médico	página 18
Atención preventiva	página 18
Pruebas de diagnóstico, radioterapia, radiografías y servicios de laboratorio	página 19
Servicios de audición	página 19
Cobertura dental	página 19
Servicios de la vista	página 20
Servicios de salud mental	página 20
Atención en un centro de enfermería especializado. . .	página 20
Otros servicios: incluye fisioterapia, ambulancia, atención quiropráctica y más	página 20
Cobertura al viajar	página 21
Cobertura de la Parte D de Medicare	página 22

	Care Wise	Care Core
Prima mensual del plan 2023 (debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare)	\$0	\$42
Reducción de la prima de la Parte B de Medicare	\$19	\$0
Deducible médico	\$0	\$0
Deducible de la Parte D de Medicare	Nivel 1 = \$0 Niveles 2 - 5 = \$480	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 - 5 = \$395
Máximo de desembolso directo Lo máximo que pagará de gasto -de- bolsillo por servicios cubiertos por Medicare dentro de la red cada año. Excluye la Parte D de Medicare y todos los otros servicios y primas cubiertos que no- pertenezcan a Medicare. Esto no es un deducible.	\$5,800; después 100% cubierto	\$5,500; después 100% cubierto
Atención hospitalaria		
Atención hospitalaria de paciente hospitalizado (por ingreso)	\$350 de copago por día (días 1 - 5); después 100% cubierto	\$250 de copago por día (días 1 - 5); después 100% cubierto
Atención hospitalaria o procedimiento para paciente ambulatorio	\$395 de copago	\$250 de copago
Centro de cirugía ambulatoria	\$395 de copago	\$250 de copago
Consultas al médico: en persona o telemedicina para servicios aprobados por Medicare		
Atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialista	\$45 de copago	\$40 de copago
Visitas electrónicas a través de M Health Fairview MyChart	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención preventiva		
Examen físico de rutina	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto

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

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

En general, el costo compartido fuera de la red en los EE.UU. es el 25%. El costo compartido es el mismo tanto dentro como fuera de la red para algunos servicios.

	Care Wise	Care Core
Atención de emergencia/urgencia: la red no se aplica		
Atención de emergencia	\$100 de copago	\$100 de copago
Servicios necesarios de urgencia	\$45 de copago	\$45 de copago
Pruebas de diagnóstico, radioterapia, radiografías y servicios de laboratorio		
Pruebas de diagnóstico (por ejemplo, RMN y TC), radioterapia y radiografías-	20% de coseguro	10% de coseguro hasta un máximo de \$150 por día
Servicios de laboratorio (por ejemplo, índice internacional normalizado [INR] del tiempo de protrombina, colesterol)	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red \$0 de copago
Servicios de audición		
Examen de la audición de diagnóstico	\$50 de copago	\$40 de copago
Examen de audición de rutina anual, adaptación y evaluación de audífonos a través de TruHearing (tres por año)	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto
Los audífonos de TruHearing están disponibles en modelos Advanced y Premium (por dos cantidades de copago diferentes; dos audífonos por año)	Copago de \$699 para Advanced Copago de \$999 para Premium	Copago de \$699 para Advanced Copago de \$999 para Premium
Cobertura dental: incluida sin costo adicional		
Deducible	\$0	\$100 por año (no se aplica a servicios preventivos ni limpiezas de mantenimiento periodontal)
Máximo anual del plan	\$300	\$2,000
Exámenes orales	Cubierto hasta el límite de asignación de hasta \$300	Dos por año
Limpiezas de rutina		Dos por año
Radiografías		Radiografía de mordida anual y boca completa cada 5 años
Tratamiento con fluoruro		Cubierto
Limpiezas de mantenimiento periodontal		Cubierto
Servicios básicos de restauración (por ejemplo, empastes, endodoncias, servicios periodontales)		50% de coseguro
Procedimientos de restauración importantes (por ejemplo, coronas, puentes, implantes, dentaduras postizas)	70% de coseguro	

Para conocer las limitaciones y exclusiones dentales, consulte la página 26.

	Care Wise	Care Core
Servicios de la vista		
Examen de los ojos de diagnóstico	\$50 de copago	\$40 de copago
Examen ocular de rutina anual y hasta dos refracciones al año	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red \$0 de copago Fuera de la red No cubierto
Examen de retinopatía diabética	\$0 de copago	\$0 de copago
Anteojos o lentes de contacto recetados después de cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación anual para anteojos o lentes de contacto recetados en su minorista de anteojos preferido	\$100	\$100
Servicios de salud mental		
Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado (límite de 90 días por estadía) Limitado a 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico	\$350 de copago por día (días 1 – 5); después 100% cubierto	\$250 de copago por día (días 1 – 5); después 100% cubierto
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	\$40 de copago	\$40 de copago
Atención en un centro de enfermería especializado (o servicios de rehabilitación con ingreso hospitalario)^		
Atención en un centro de enfermería especializado sin que se exija una estadía hospitalaria previa de 3 días	\$0 de copago por día para los días 1 – 20; \$196 de copago por día para los días 21 – 100; por período de beneficios	\$0 de copago por día para los días 1 – 20; \$196 de copago por día para los días 21 – 100; por período de beneficios
Otros servicios		
Fisioterapia	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Ambulancia (dentro de los EE.UU. y sus territorios) Incluye aérea y terrestre	\$300 de copago	\$275 de copago
Transporte (no emergencia)	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare^ Por lo general, medicamentos que debe administrar un profesional de la salud	20% de coseguro	20% de coseguro
Servicios quiroprácticos a través de la red de ChiroCare^ Manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir una subluxación	Dentro de la red \$20 de copago Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red \$20 de copago Fuera de la red No cubierto

^El servicio requiere autorización previa. A partir del 1 de abril de 2023, ciertos medicamentos pueden tener un coseguro más bajo. A partir del 1 de julio de 2023, no pagará más de \$35 por mes por un suministro de insulina de la Parte B y no aplican deducibles.

	Care Wise	Care Core
Otros servicios continuados		
Acupuntura Ambos 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 18)	Se aplican copagos para la consulta con el médico (consulte la página 18)
Servicios de podiatría	\$45 de copago	\$40 de copago
Beneficio para artículos de venta libre	\$75 de asignación dos veces por año	\$75 de asignación dos veces por año
Consulta telefónica con Caregiver Assurance	\$0 de copago	\$0 de copago
UCare Wellness Advisor Cubre seis sesiones de 60 minutos al año	\$0 de copago	\$0 de copago
Equipo médico duradero^ (por ejemplo, equipo de oxígeno, presión positiva continua [Continuous Positive Airway Pressure, CPAP])	Dentro de la red 20% de coseguro Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red 20% de coseguro Fuera de la red No cubierto
Dispositivos de prótesis (por ejemplo, férulas, bolsas de colostomía y suministros)	20% de coseguro	20% de coseguro
Suministros para diabéticos • Monitores continuos de glucosa en sangre • Otros monitores de glucosa • Tiras reactivas y lancetas • Plantillas y zapatos (Insulina y jeringas cubiertas por la Parte D de Medicare)	20% de coseguro 20% de coseguro 20% de coseguro 20% de coseguro	20% de coseguro 10% de coseguro 10% de coseguro 10% de coseguro
Cobertura al viajar: Además de la cobertura dentro de la red que obtiene con los proveedores de la red de UCare con M Health Fairview y North Memorial Health y en los proveedores de la red MultiPlan fuera del estado, también tiene cobertura en otros proveedores que aceptan Medicare, pero puede pagar más.		
Atención de cualquier proveedor fuera de la red que acepta Medicare	25% del costo de los medicamentos	25% del costo de los medicamentos
Atención de emergencia	\$100 de copago	\$100 de copago
Servicios necesarios de urgencia	\$45 de copago	\$45 de copago
Ambulancia (dentro de los EE.UU. y sus territorios) Incluye aérea y terrestre	\$300 de copago	\$275 de copago
Atención de emergencia en todo el mundo (fuera de EE.UU. y sus territorios)		
Atención de emergencia, incluida la estabilización posterior	\$100 de copago	\$100 de copago
Ambulancia terrestre al hospital más cercano para recibir atención de emergencia	\$100 de copago	\$100 de copago

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

	Care Wise	Care Core
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	Nivel 1 = \$0 Niveles 2 - 5 = \$480	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 - 5 = \$395
Etapas de cobertura inicial: de \$0 a \$4,660 en costos anuales de medicamentos recetados. Luego de alcanzar el deducible, paga los montos que aparecen a continuación		
Costo compartido (farmacias minoristas): nuestra red incluye farmacias preferidas, que ofrecen un costo compartido inferior a las farmacias estándar de la red		
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Minorista: suministro para 30 días Preferida: \$3 de copago Estándar: \$12 de copago	Minorista: suministro para 30 días Preferida: \$3 de copago Estándar: \$12 de copago
Nivel 2 Medicamentos genéricos	Minorista: suministro para 30 días Preferida: \$15 de copago Estándar: \$20 de copago	Minorista: suministro para 30 días Preferida: \$15 de copago Estándar: \$20 de copago
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos Insulinas seleccionadas Preferida: \$30 de copago Estándar: \$35 de copago	Minorista: suministro de 30 días Preferida: 17% de coseguro Estándar: 25% de coseguro	Minorista: suministro para 30 días Preferida: \$47 de copago Estándar: \$47 de copago
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	Minorista: suministro para 30 días Preferida: 50% de coseguro Estándar: 50% de coseguro	Minorista: suministro para 30 días Preferida: 50% del costo Estándar: 50% del costo
Nivel 5 Medicamentos de especialidad	Minorista: suministro de 30 días Preferida: 25% de coseguro Estándar: 25% de coseguro	Minorista: suministro para 30 días Preferida: 26% del costo Estándar: 26% del costo

Los costos compartidos pueden diferir según el tipo o estado de la farmacia (pedido por correo, minorista, atención a largo plazo (LTC), infusión domiciliaria), si la farmacia está en nuestra red preferida o estándar o si la receta es de 30, 60 o suministro de 90 días.

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



Vacunas de la Parte D

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

	Care Wise	Care Core
Vacío de cobertura		
Una vez que alcance el monto de \$4,660 en el gasto anual en medicamentos recetados (su costo más el costo de UCare), pagará como se muestra a continuación.	25% del costo de los medicamentos genéricos y de marca	25% del costo de los medicamentos genéricos y de marca
Cobertura catastrófica		
Una vez que alcance el monto de \$7,400 en el gasto anual de medicamentos recetados (excluyendo el costo de UCare), pagará como se muestra a continuación.	Usted paga \$4.15 o 5% de coseguro para los medicamentos genéricos, lo que sea mayor \$10.35 o 5% de coseguro para todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.	Usted paga \$4.15 o 5% de coseguro para los medicamentos genéricos, lo que sea mayor \$10.35 o 5% de coseguro para todos los demás medicamentos, lo que sea mayor.



Farmacias preferidas

Más ahorros: pague menos por sus medicamentos en más de 22,000 farmacias, incluyendo Fairview, North Memorial Health, CVS/Target, Coborn's, Costco, Cub Foods, Sam's Club/Walmart y Hy-Vee

Busque una lista completa de farmacias preferidas en ucare.org/medicare123, haga clic en "Learn more" (Más información) en "Find a doctor or drug" (Buscar un médico o medicamento) y abra la pestaña Pharmacies (Farmacias).

Si lo prefiere, llame para pedir ayuda o solicite un Directorio de proveedores y farmacias al 1-877-671-1064.

Farmacias estándar

Más opciones: También puede surtir sus recetas en más de 42,000 farmacias estándar de costo compartido en toda la nación, incluyendo Walgreen's.

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
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778), de 7 am a 7 pm, de lunes a viernes
- A la Oficina de Medicaid de su estado o la Oficina de Servicios Humanos del condado
- Senior LinkAge Line al 1-800-333-2433

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

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.

Obtenga más información sobre los servicios especiales

Administración de la atención

La Administración de caso de Medicare de UCare con M Health Fairview y North Memorial Health 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.

Autorizaciones previas

Solo cubriremos determinados servicios que figuran en el gráfico de beneficios si su médico u

otro proveedor obtienen nuestra aprobación por anticipado. Algunos servicios cubiertos para los que se necesita dicha aprobación incluyen los servicios de rehabilitación, genéticos, pruebas de diagnóstico molecular, cirugía de la columna vertebral, cirugía bariátrica, procedimientos venosos, estimuladores del crecimiento óseo y estimuladores de la médula espinal. Otros servicios para los que se requiere una autorización previa se marcan con el símbolo “^” en la tabla. Para obtener más información sobre los servicios para los que se requiere que el proveedor obtenga la autorización previa, visite ucare.org.

La sección de la Tabla de beneficios de la Evidencia de cobertura incluye la información para cada uno de nuestros planes Medicare de UCare. Esta información también se encuentra en ucare.org.

Comprender la gestión de la utilización

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 están obligados a notificar a UCare si usted está ingresado en un hospital, un centro de atención a largo plazo o un centro de enfermería especializada. El equipo clínico de UCare coordinará con sus médicos para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Si es necesario, UCare puede establecer atención poshospitalaria.

Autorización

Antes de que algunos servicios estén cubiertos, su proveedor debe obtener la aprobación de UCare. Esto es así independientemente de si el proveedor participa en una red UCare o está fuera de la red.

Para tomar una decisión de cobertura, el equipo clínico de UCare evalúa si el servicio es médicamente necesario, apropiado y eficaz para su necesidad.

La autorización previa, o revisión previa al servicio, significa que antes de recibir el servicio, su

proveedor debe proporcionar información a UCare y solicitar la aprobación. Si se requiere aprobación previa para ese servicio, solo se cubrirá si se concedió la aprobación.

La revisión simultánea y concurrente urgente a menudo ocurre durante una estadía de centro de cuidado a largo plazo, o una estadía de centro de enfermería especializada. UCare revisará para ver si su atención podría necesitar continuar más tiempo o si se necesita atención diferente.

La revisión posterior al servicio es necesaria si el médico no solicitó la revisión previa al servicio. Es posible que su reclamo ya haya sido denegado porque se requiere autorización para la cobertura. Después de que su médico solicite una revisión, UCare considerará su situación y plan de atención para asegurarse de que usted obtenga la cobertura a la que tiene derecho como miembro de UCare.

Si rechazamos una solicitud hecha por usted o su médico, para servicios médicos o productos farmacéuticos, usted o su médico pueden apelar nuestra decisión. Cuando usted presenta una apelación, usted o su médico pueden presentar documentación adicional que sea relevante para su apelación. Las solicitudes de apelación se revisan contra la evidencia médica actual y su plan de beneficios por los médicos. Si denegamos su apelación, se le dará información sobre cómo presentar 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. La Evidencia de cobertura se proporciona a los nuevos miembros. 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 que incluyen 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
- Cuidado de rutina de los pies, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes)
- Zapatos ortopédicos, a menos que sean parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén

incluidos en el costo del aparato ortopédico, o que los zapatos sean para una persona con la enfermedad del pie diabético.

- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético
- Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia visual y otras ayudas para la baja visión. Lentes, excepto un par de anteojos (o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas y lentes no cubiertos por Medicare hasta la cantidad permitida
- Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta
- Acupuntura (excepto por dolor lumbar crónico)
- Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos)

Nuestro plan no cubre los servicios excluidos que se mencionan 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 gnatológicos
8. Procedimientos de tratamiento de diagnóstico directo quirúrgico o no quirúrgicos aplicados a músculos o articulaciones de la mandíbula, excepto tal como se dispone bajo Cirugía oral en la Evidencia de cobertura
9. Material artificial implantado o injertado en el tejido blando, incluye extirpación quirúrgica de implantes, con excepciones
10. Examen periodontal e instrucción de higiene oral
11. Servicio para dientes retenidos en relación con una sobredentadura. Aparatos de sobredentadura limitados a una asignación por una dentadura completa estándar
12. Toda cirugía oral que incluya endodoncia quirúrgica (apicectomía, empaste de retrogrado) que no esté enumerado en Cirugía oral en la Evidencia de cobertura
13. Analgesia (óxido nítrico)
14. Dentaduras desmontables unilaterales
15. Procedimientos temporales
16. Ferulizaciones

17. Consultas del proveedor tratante y visitas al consultorio
18. Instalación inicial de implantes, dentaduras parciales o totales o prótesis dentales para reemplazar un diente o dientes extraídos antes de la fecha de entrada en vigor del miembro
Excepción: esta exclusión no se aplicará a ningún miembro que haya estado cubierto de forma continua por un plan UCare Medicare 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: Oficial de privacidad, 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 decimos 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 con 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 alquilamos 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. Para 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 de 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 se 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, comuníquese con nosotros al 612-676-3200 (voz) o al número gratuito 1-800-203-7225 (voz), 612-676-6810 (TTY) o 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 al número gratuito 1-800-203-7225 (voz); 612-676-6810 o gratis al 1-800-688-2534 (TTY).

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

Queja oral

Si es miembro actual de UCare, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de membresía. En caso contrario, llame al 612-676-3200 o a la línea gratuita 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>.

Healthy Savings es una marca registrada de Solutran, Inc.

TruHearing es una marca registrada de TruHearing, Inc.

MultiPlan es una marca registrada de MultiPlan, Inc.

SHINGRIX es una marca registrada del grupo de compañías GSK.

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

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

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

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

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

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

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

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክተሎው ቁጥር ይደውሉ 612-676-3200/1-800-203-7225 (መስማት ለተሳናቸው: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ဟ်သုဉ်ဟ်သး-နမ့်ကတိံ ကညိ ကျိာ်အသိ, နမန့် ကျိာ်အတိာ်မၤစၢလၢ တလၢာ်ဘျုးလၢာ်စ့ နိတမံဘျုးသ့န့ၢ်လိၤ. ကိ: 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

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

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, រសវាជំនួយវេជ្ជកម្មភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 612-676-3200/1-800-203-7225 (رقم هاتف الصم والبكم: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 612-676-3200/1-800-203-7225 (ATS : 612-676-6810/1-800-688-2534).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

Comparación de los aspectos más importantes de los beneficios

Para servicios brindados por proveedores dentro de la red

	Care Wise	Care Core
Prima mensual del plan para 2023 (usted debe continuar pagando su prima de la Parte B)	\$0	\$42
Atención preventiva	\$0 de copago para muchos servicios	\$0 de copago para muchos servicios
Visitas al médico	Primaria: \$0 de copago Especialista: \$45 de copago	Primaria: \$0 de copago Especialista: \$40 de copago
Atención hospitalaria de paciente hospitalizado (por ingreso)	\$350 de copago por día (días 1 – 5); después 100% cubierto	\$250 de copago por día (días 1 – 5); después 100% cubierto
Pruebas de diagnóstico, radiografías	20% de coseguro	10% de coseguro hasta un máximo de \$150 por día
Servicios de laboratorio	\$0 de copago	\$0 de copago
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	Deducible anual: Nivel 1 = \$0 Niveles 2 – 5 = \$480 Los copagos se basan en los niveles de medicamentos, a partir de \$3	Deducible anual: Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 – 5 = \$395 Los copagos se basan en los niveles de medicamentos, a partir de \$3
Audífonos	Copago de \$699 para Advanced Copago de \$999 para Premium	Copago de \$699 para Advanced Copago de \$999 para Premium
Cobertura dental	Asignación anual de \$300	Cobertura dental de rutina y restaurativa sin costo adicional
Anteojos recetados	\$100 de asignación para anteojos/lentes de contacto	\$100 de asignación para anteojos/lentes de contacto
Programa de acondicionamiento físico	Membresía básica	Membresía básica
Beneficio para artículos de venta libre	\$75 de asignación dos veces por año	\$75 de asignación dos veces por año
Máximo de desembolso directo	\$5,800	\$5,500
Atención de emergencia en todo el mundo	\$100 de copago	\$100 de copago
Cobertura al viajar	Cobertura fuera de la red	Cobertura fuera de la red



500 Stinson Blvd

Minneapolis, MN 55413

612-676-6645 | 1-877-671-1064 | TTY 1-800-688-2534

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

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

ucare.org

Y0120_0422_9561_082022_M Spanish

U9561 (04/2023) © 2023 UCare. Todos los derechos reservados. MHFVNMH SPANISH