

# Care Core con M Health Fairview y North Memorial (HMO-POS) ofrecido por UCare Health, Inc.

## Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente está inscrito como miembro de Care Core con M Health Fairview y North Memorial. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 8 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**. 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 2024 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 2024 (Medicare & You 2024)*.
- Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.



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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Care Core con M Health Fairview y North Memorial.
- 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 2024**. Esto finalizará su inscripción con Care Core con M Health Fairview y North Memorial.
- 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 612-676-6520 o al 1-888-618-2595 (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 am a 8 pm, 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 Care Core con M Health Fairview y North Memorial**

- UCare Health, Inc. es un plan HMO-POS con un contrato de Medicare. La inscripción en UCare Health 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 Care Core con M Health Fairview y North Memorial.

Y0120\_0422\_7989\_082023\_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.

### **Reclamo oral**

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

## Multi-Language Insert Servicios de intérprete en varios idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **612-676-3200/1-800-203-7225**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **612-676-3200/1-800-203-7225**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **612-676-3200/1-800-203-7225**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **612-676-3200/1-800-203-7225**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **612-676-3200/1-800-203-7225**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **612-676-3200/1-800-203-7225**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **612-676-3200/1-800-203-7225** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **612-676-3200/1-800-203-7225**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **612-676-3200/1-800-203-7225** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **612-676-3200/1-800-203-7225**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **612-676-3200/1-800-203-7225**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **612-676-3200/1-800-203-7225** र फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **612-676-3200/1-800-203-7225**. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **612-676-3200/1-800-203-7225**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **612-676-3200/1-800-203-7225**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **612-676-3200/1-800-203-7225**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**612-676-3200/1-800-203-7225** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

# Aviso anual de cambios para 2024

## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2024.....</b>   | <b>8</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>                  | <b>10</b> |
| Sección 1.1. Cambios en la prima mensual.....   | 10        |
| Sección 1.2. Cambios en sus montos máximos de desembolso .....                                | 10        |
| Sección 1.3. Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....                             | 11        |
| Sección 1.4. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....                | 12        |
| Sección 1.5. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....             | 13        |
| <b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....</b>   | <b>16</b> |
| <b>SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir .....</b>  | <b>18</b> |
| Sección 3.1. Si desea permanecer en Care Core con M Health Fairview y<br>North Memorial ..... | 18        |
| Sección 3.2. Si desea cambiar de plan .....   | 18        |
| <b>SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan .....</b>                                      | <b>19</b> |
| <b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>            | <b>19</b> |
| <b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....</b>                 | <b>20</b> |
| <b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas? .....</b>  | <b>21</b> |
| Sección 7.1. Obtener ayuda de Care Core con M Health Fairview y North Memorial .....          | 21        |
| Sección 7.2. Obtener ayuda de Medicare .....  | 21        |

## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para Care Core con M Health Fairview y North Memorial en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

| Costo  | 2023 (este año)  | 2024 (próximo año)   |
|--|--|--|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br><br>* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.  | \$42   | \$28   |
| <b>Monto máximo de desembolso directo</b><br><br>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br><br>(Consulte la Sección 1.2 para obtener más información). | <b>Dentro de la red:</b><br>\$5,500<br><br><b>Fuera de la red:</b><br>\$10,000   | <b>Dentro de la red:</b><br>\$5,500<br><br><b>Fuera de la red:</b><br>\$10,000   |
| <b>Visitas al consultorio del médico</b>   | <b>Dentro de la red:</b><br>Visitas de atención primaria:<br>\$0 de copago por visita<br>Visitas al especialista:<br>\$40 de copago por visita<br><br><b>Fuera de la red:</b><br>Visitas de atención primaria:<br>25% de coseguro por visita<br>Visitas al especialista:<br>25% de coseguro por visita | <b>Dentro de la red:</b><br>Visitas de atención primaria:<br>\$0 de copago por visita<br>Visitas al especialista:<br>\$40 de copago por visita<br><br><b>Fuera de la red:</b><br>Visitas de atención primaria:<br>25% de coseguro por visita<br>Visitas al especialista:<br>25% de coseguro por visita |
| <b>Estadías hospitalarias como paciente hospitalizado</b>  | <b>Dentro de la red:</b><br>\$250 de copago por día para los días 1-5. A partir de entonces, usted paga \$0 de copago por los días cubiertos por Medicare.<br><br><b>Fuera de la red:</b><br>25% de coseguro   | <b>Dentro de la red:</b><br>\$250 de copago por día para los días 1-5. A partir de entonces, usted paga \$0 de copago por los días cubiertos por Medicare.<br><br><b>Fuera de la red:</b><br>25% de coseguro   |



| Costo   | 2023 (este año)  | 2024 (próximo año)  |
|---|--|---|
| <p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b><br/>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p> | <p><b>Deducible:</b> \$395, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Nivel 1 de medicamentos:</b><br/>\$12 de copago</p> <p><b>Nivel 2 de medicamentos:</b><br/>\$20 de copago</p> <p><b>Nivel 3 de medicamentos:</b><br/>\$47 de copago<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 de medicamentos:</b><br/>50% de coseguro<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 de medicamentos:</b><br/>26% de coseguro</p> <p><b>Cobertura catastrófica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• Para cada receta, usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un pago igual al 5% del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico, y \$10.35 para todos los demás medicamentos).</li> </ul> | <p><b>Deducible:</b> \$295, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Nivel 1 de medicamentos:</b><br/>\$0 de copago</p> <p><b>Nivel 2 de medicamentos:</b><br/>\$15 de copago</p> <p><b>Nivel 3 de medicamentos:</b><br/>\$47 de copago<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 de medicamentos:</b><br/>\$100 de copago<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 de medicamentos:</b><br/>28% de coseguro</p> <p><b>Cobertura catastrófica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos. Usted no paga nada.</li> </ul> |

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

---

### Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

---

| Costo   | 2023<br>(este año) | 2024<br>(próximo año) |
|---|--------------------|-----------------------|
| <b>Prima mensual</b><br>(Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare). | \$42               | \$28                  |

- 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>2023<br/>(este año)</b> | <b>2024<br/>(próximo año)</b>   |
|--|----------------------------|---|
| <b>Monto máximo de desembolso directo</b>  | <b>Dentro de la red:</b>   | <b>Fuera de la red:</b>   |
| Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para el monto máximo de desembolso directo. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de desembolso directo. | \$5,500                    | \$5,500   |
|  | <b>Fuera de la red:</b>    | <b>Fuera de la red:</b>   |
|  | \$10,000                   | \$10,000  |
|  |                            | Una vez que haya pagado \$10,000 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 durante el resto del año calendario. |

### **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, que le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias para 2024* 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 2024* 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   | 2023<br>(este año)  | 2024<br>(próximo año)   |
|---|---|---|
| <b>Servicios de ambulancia</b>                              | Dentro y fuera de la red:<br>Usted paga \$275 de copago por cada viaje cubierto por Medicare de ida o vuelta.   | Dentro y fuera de la red:<br>Usted paga \$300 de copago por cada viaje cubierto por Medicare de ida o vuelta.   |
| <b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>                 | Dentro de la red:<br>Usted paga \$40 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare y por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensivo cubierto por Medicare. | Dentro de la red:<br>Usted paga \$35 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare y por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensivo cubierto por Medicare. |
| <b>Servicios de audición</b>                                | Dentro de la red:<br>Tiene hasta tres (3) ajustes y evaluaciones de audífonos por año calendario.   | Dentro de la red:<br>Tiene ajustes y evaluaciones para audífonos ilimitados por año calendario.   |
| <b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b> | Dentro de la red:<br>Usted paga \$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare.<br><br>Fuera de la red:<br>Usted paga 25% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.                | Dentro de la red y fuera de la red:<br>Usted <u>no tiene</u> un copago o coseguro por visitas cubiertas por Medicare.   |

| <b>Costo</b>   | <b>2023<br/>(este año)</b>  | <b>2024<br/>(próximo año)</b>   |
|--|---|---|
| <b>Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios</b> | Dentro de la red:<br>Usted paga \$40 de copago por cada visita cubierta por Medicare.<br><br>Fuera de la red:<br>Usted paga 25% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.  | Dentro de la red y fuera de la red:<br>Usted <u>no tiene</u> un copago o coseguro por visitas cubiertas por Medicare.   |
| <b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>  | Dentro de la red:<br>Usted paga \$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.   | Dentro de la red:<br>Usted paga \$15 de copago por cada visita cubierta por Medicare.   |
| <b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b>                         | Dentro de la red:<br>Usted paga \$0 de copago por día por los días 1 a 20; \$196 de copago por día por los días 21 a 100, por período de beneficios.<br><br>Fuera de la red:<br>Usted paga 25% de coseguro por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare hasta el alta. | Dentro de la red:<br>Usted paga \$0 de copago por día por los días 1 a 20; \$203 de copago por día por los días 21 a 100, por período de beneficios.<br><br>Fuera de la red:<br>Usted paga 25% de coseguro por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare hasta el alta. |
| <b>Terapia de ejercicios supervisados</b>  | Dentro de la red:<br>Usted paga \$30 de copago por cada visita cubierta por Medicare.   | Dentro de la red:<br>Usted paga \$25 de copago por cada visita cubierta por Medicare.   |

## **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”, que pueden incluir sacar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que aplican a la cobertura de determinados medicamentos o moverlos a un nivel diferente de costo compartido. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse**

**de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para verificar si habrá alguna restricción, o si su medicamento se ha cambiado a un nivel de costo compartido diferente.**

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).

**Cambios en la Etapa de deducible**

| <b>Etapa</b>   | <b>2023<br/>(este año)</b>   | <b>2024<br/>(próximo año)</b>   |
|--|--|---|
| <b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b><br>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de los Niveles 3 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.<br>El deducible no aplica a productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluyendo herpes zóster, tétanos y vacunas para viajes. | El deducible es de \$395.<br>Durante esta etapa, usted paga \$12 por medicamentos en el Nivel 1, \$20 por medicamentos en el Nivel 2 y el costo completo por medicamentos en los Niveles 3 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. | El deducible es de \$295.<br>Durante esta etapa, usted paga \$0 por medicamentos en el Nivel 1, \$15 por medicamentos en el Nivel 2 y el costo completo por medicamentos en los Niveles 3 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. |

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

Para medicamentos en el Nivel 4, su costo compartido en la etapa de cobertura inicial está cambiando de coseguro a copago. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2023 a 2024.

| Etapa   | 2023<br>(este año)  | 2024<br>(próximo año)   |
|---|---|---|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Para 2023, usted paga un 50% del coseguro por medicamentos en el Nivel 4. Para 2024, usted pagará \$100 de copago por medicamentos en este nivel.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</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 que proporciona costo compartido estándar. 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 con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos:</b><br/>Usted paga \$12 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b><br/>Usted paga \$20 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos:</b><br/>Usted paga \$47 por receta.<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos:</b><br/>Usted paga 50% del costo total.<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de especialidad:</b><br/>Usted paga el 26% 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> | <p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos:</b><br/>Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b><br/>Usted paga \$15 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos:</b><br/>Usted paga \$47 por receta.<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos:</b><br/>Usted paga \$100 por receta.<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Medicamentos de especialidad:</b><br/>Usted paga el 28% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de vacío de cobertura).</p> |

## Cambios en la Etapa de vacío de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura (la Etapa de vacío de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica) son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de vacío de cobertura o Etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, busque en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

A partir del 1 de enero de 2024, cambiaremos la compañía que utilizamos para administrar sus beneficios de medicamentos recetados. Navitus Health Solutions será nuestro nuevo socio administrador de beneficios de farmacia. Si bien esperamos que la mayoría de los miembros experimenten poco impacto, hay algunas cosas que debe saber. Cuando visite la farmacia en 2024, simplemente muéstreles su nueva tarjeta de identificación. Su nueva tarjeta incluye información de farmacia de Navitus Health Solutions. Nos pondremos en contacto con usted con más detalles si se ve afectado por el cambio. Estamos aquí para ayudarlo si tiene alguna pregunta o necesita ayuda. Puede ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente o ir a [ucare.org/PBM](https://ucare.org/PBM) para obtener más información sobre el cambio a Navitus Health Solutions como nuestro administrador de beneficios de farmacia.

| Descripción   | 2023<br>(este año)   | 2024<br>(próximo año)   |
|---|--|---|
| Cómo recibe su asignación para anteojos             | Usted recibe una asignación anual para anteojos en su tarjeta de beneficios por recompensas UCare Rewards Benefit Mastercard.  | Usted recibe una asignación anual en su tarjeta de Beneficios saludables UCare Healthy Benefits+ Visa®.   |
| Cómo obtiene descuentos en la tienda de comestibles | Usted recibe descuentos en la tienda de comestibles en alimentos saludables precalificados. Muchas ofertas semanales están precargadas en su tarjeta Healthy Savings (Ahorros saludables). | Usted recibe descuentos en la tienda de comestibles en alimentos saludables precalificados. Muchas ofertas semanales están precargadas en su tarjeta UCare Healthy Benefits+ Visa®. |



| Descripción  | 2023<br>(este año)   | 2024<br>(próximo año)  |
|--|--|--|
| Cómo recibe su asignación para artículos de venta libre (OTC)                            | Usted recibe una asignación para artículos OTC dos veces al año en su tarjeta Healthy Savings (Ahorros saludables).  | Usted recibe una asignación para artículos OTC dos veces al año en su tarjeta de Beneficios saludables UCare Healthy Benefits+ Visa®.  |
| Suministro a largo plazo de un medicamento (también llamado suministro diario extendido) | Las farmacias de la red de suministro diario extendido pueden surtir hasta un suministro de medicamentos recetados para 90 días.   | Las farmacias de la red de suministro diario extendido pueden surtir hasta un suministro de 100 días de medicamentos recetados de Nivel 1 a Nivel 4 según lo recetado por su proveedor de atención médica. Los medicamentos recetados de Nivel 5 están limitados a un suministro de 30 días por surtido.   |
| Administrador de beneficios de farmacia  | Express Scripts administra los beneficios de medicamentos recetados en nombre de UCare.  | Navitus administrará los beneficios de medicamentos recetados en nombre de UCare.  |
| Farmacias de la red preferidas   | Costo compartido preferido en farmacias de la red preferidas.  | Costo compartido estándar en cualquier farmacia de la red.   |
| Uso de la farmacia de pedidos por correo para surtir recetas                             | Llame a la farmacia de pedidos por correo de Express Scripts al 1-877-567-6320. Usted también puede iniciar sesión en <a href="http://www.express-scripts.com">www.express-scripts.com</a> . | Configure una cuenta en línea con la farmacia de pedidos por correo Costco Mail Order Pharmacy. Ingrese a <a href="http://pharmacy.costco.com">pharmacy.costco.com</a> , haga clic en “Get Started” (Comenzar) para configurar una cuenta en línea. También puede llamar al equipo de servicio al cliente de Costco al 1-800-607-6861 o TTY 711. No es necesario ser miembro de Costco para utilizar el servicio de pedido por correo. |

## SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

---

### Sección 3.1. Si desea permanecer en Care Core con M Health Fairview y North Memorial

---

**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 Care Core con M Health Fairview y North Memorial.

### Sección 3.2. Si desea cambiar de plan

---

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2024, 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 2024*, 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 Care Core con M Health Fairview y North Memorial.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Care Core con M Health Fairview y North Memorial.
- 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 2024.

### ¿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 2024 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 2024.

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. En Minnesota, el SHIP se denomina Senior LinkAge Line®.

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 de Senior LinkAge Line® 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 Senior LinkAge Line® 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)

## 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 am y las 7 pm, 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).
- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)?** 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 a de lunes a viernes, de 8:30 am a 4:30 pm

### **Área metropolitana de Twin Cities:**

Teléfono: 651-431-2414

Fax: 651-431-7414

### **Todo el estado:**

Teléfono: 1-800-657-3761 (esta llamada es gratuita)

TTY: 1-800-627-3529 (esta llamada es gratuita)

### **HIV/AIDS Programs**

Department of Human Services

P.O. Box 64972

St. Paul, MN 55164-0972

## SECCIÓN 7      ¿Preguntas?

---

### Sección 7.1. Obtener ayuda de Care Core con M Health Fairview y North Memorial

---

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al Cliente al 612-676-6520 o al 1-888-618-2595 (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 am a 8 pm, los siete días de la semana.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (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 2024. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* para Care Core con M Health Fairview y North Memorial. 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](https://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](https://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](https://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](https://www.medicare.gov/plan-compare).

#### **Lea *Medicare y usted 2024***

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Cada otoño, este documento 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.







500 Stinson Blvd. NE

Minneapolis, MN 55413-2615

**612-676-3600 o 1-877-523-1515 (esta llamada es gratuita)**

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

de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana

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