



# Resumen de beneficios de 2024

## Planes de Medicare de UCare



Nuestra **gama más amplia de opciones de planes** incluye muchos extras y están disponibles con y sin cobertura de la Parte D de Medicare

# Cobertura en Minnesota y más allá

## Planes Medicare de UCare disponibles en los condados del norte

UCare Aware (HMO-POS\*)

UCare Essentials Rx (HMO-POS\*)

UCare Complete (HMO-POS\*)

UCare Classic (HMO-POS\*)

UCare Classic solo está disponible en los condados de Aitkin, Becker, Carlton, Cass, Clay, Cook, Crow Wing, Hubbard, Kanabec, Lake, Morrison, Pine, y St. Louis

UCare Value Plus (HMO-POS\*)

UCare Value (HMO-POS\*)

Para obtener información sobre los planes disponibles en otros condados, llámenos al 1-877-671-1058 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-688-2534) los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm (del 1 de octubre al 31 de marzo), de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm (del 1 de abril al 30 de septiembre).

## Área de cobertura

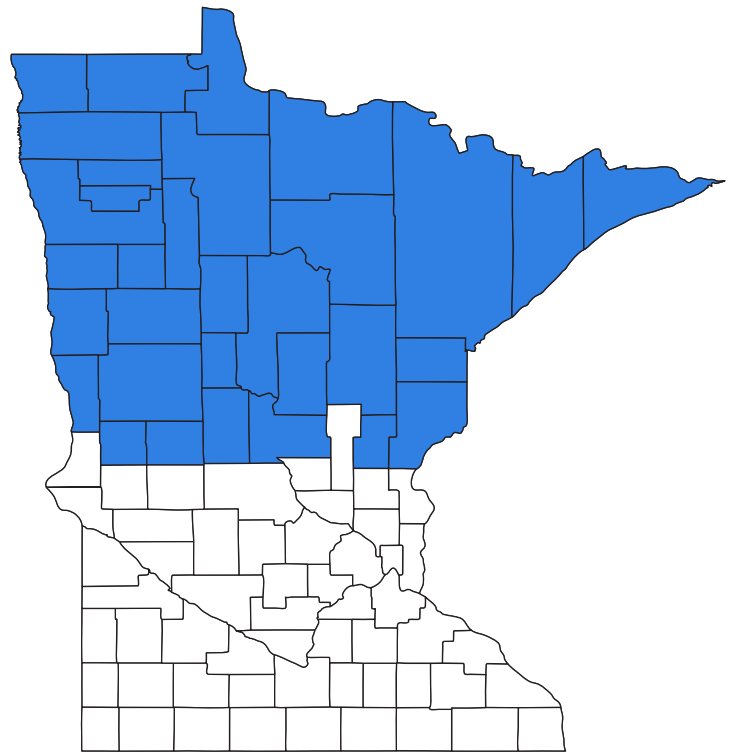
Los planes de UCare Medicare incluyen al 96% de todos los proveedores de Minnesota en todo el estado. Así que probablemente esté cubierto en la ciudad y en el lago.

Además, su cobertura viaja con usted en muchos proveedores fuera del estado, en la red nacional MultiPlan.

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

Este manual ofrece un resumen de lo que 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 1-877-671-1058 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-688-2534) para obtener más información.

\*HMO-POS: Organización para el Mantenimiento de la Salud con un contrato de punto de servicio.



### Condados del norte

Aitkin, Becker, Beltrami, Carlton, Cass, Clay, Clearwater, Cook, Crow Wing, Douglas, Grant, Hubbard, Itasca, Kanabec, Kittson, Koochiching, Lake, Lake of the Woods, Mahnommen, Marshall, Morrison, Norman, Otter Tail, Pennington, Pine, Polk, Red Lake, Roseau, St. Louis, Todd, Wadena, Wilkin

# Contenido

<b>Detalles de los beneficios del plan</b> .....	página 2
Prima mensual del plan para 2024.....	página 2
Máximo de desembolso directo .....	página 2
Atención hospitalaria.....	página 2
Visitas al médico.....	página 2
Atención preventiva.....	página 4
Pruebas de diagnóstico, radioterapia, radiografías y servicios de laboratorio .....	página 4
Servicios para la audición.....	página 4
Cobertura dental .....	página 6
Servicios de la vista .....	página 8
Servicios de salud mental.....	página 8
Atención en un centro de enfermería especializada.....	página 8
Otros servicios: incluye fisioterapia, ambulancia, atención quiropráctica y más.....	página 8
Cobertura al viajar .....	página 12
Cobertura de la Parte D de Medicare .....	página 14
<b>Inscripción</b> .....	página 18
<b>Información adicional</b> .....	página 19
<b>Planes de un vistazo</b> .....	página 28

# Detalles de los beneficios del plan

	UCare Aware	UCare Essentials Rx
<b>Prima mensual del plan para 2024</b> (usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare)	\$5	\$56
Devolución de la prima de la Parte B de Medicare	Ninguna	Ninguna
Deducible médico	\$0	\$0
Deducible de la Parte D de Medicare	Nivel 1 = \$0 Niveles 2 - 5 = \$295	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 - 5 = \$295
<b>Máximo de desembolso directo</b> 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. <b>Esto no es un deducible.</b>	\$5,400; después 100% cubierto	\$3,800; después 100% cubierto
<b>Atención hospitalaria</b>		
Atención hospitalaria de paciente hospitalizado (por admisión)	\$250 de copago por <b>día</b> (días 1 - 5); después 100% cubierto	\$400 de copago por <b>estadía</b> (no por día); luego 100% cubierto
Atención hospitalaria o procedimiento para paciente ambulatorio	\$300 de copago	\$300 de copago
Centro de cirugía ambulatoria	\$275 de copago	\$275 de copago
<b>Visitas al médico (en persona o mediante telesalud para servicios aprobados por Medicare)</b>		
Atención primaria	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
Especialista	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago <b>Fuera de la red</b> \$45 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago <b>Fuera de la red</b> \$45 de copago
Consultas en línea (E-visits) a través de proveedores contratados	\$0 de copago	\$0 de copago

En general, el costo compartido fuera de la red en los EE.UU. es el 20%. El costo compartido es el mismo tanto dentro como fuera de la red para algunos servicios.

UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
\$88	\$204	\$0	\$19
Ninguna	Ninguna	\$50	Ninguna
\$0	\$0	\$0	\$0
Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 - 5 = \$235	Niveles 1 - 5 = \$0	No cubierto	No cubierto
\$3,200; después 100% cubierto	\$2,800; después 100% cubierto	\$5,500; después 100% cubierto	\$3,400; después 100% cubierto
\$150 de copago por <b>estadía</b> (no por día); luego 100% cubierto	\$125 de copago por <b>estadía</b> (no por día); luego 100% cubierto	\$150 de copago por <b>día</b> (días 1 - 5); después 100% cubierto	\$200 de copago por <b>estadía</b> (no por día); luego 100% cubierto
\$250 de copago	\$150 de copago	\$250 de copago	\$250 de copago
\$225 de copago	\$125 de copago	\$225 de copago	\$225 de copago
<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago <b>Fuera de la red</b> \$30 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red</b> \$20 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago <b>Fuera de la red</b> \$45 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago <b>Fuera de la red</b> \$35 de copago
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Atención preventiva		
Examen físico de rutina	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto

Para las próximas cuatro filas, se aplica el monto de \$0 de copago dentro y fuera de la red para todos los 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 ha tenido la Parte B durante más de 12 meses)	\$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

Atención de emergencia/urgencia: la red no 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 hasta un máximo de \$75 por día	10% de coseguro hasta un máximo de \$75 por día
Servicios de laboratorio (por ejemplo, índice internacional normalizado [INR] del tiempo de protrombina, colesterol)	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago

Servicios para la audición		
----------------------------	--	--

Examen de la audición de diagnóstico	\$45 de copago	\$45 de copago
Examen de audición de rutina anual, adaptación y evaluación de audífonos a través de TruHearing® (ilimitado)	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago  <b>Fuera de la red</b> No cubierto
Los audífonos de TruHearing están disponibles en modelos Advanced y Premium (por dos cantidades de copago diferentes; dos audífonos por año)	\$699 de copago para Advanced \$999 de copago para Premium	\$699 de copago para Advanced \$999 de copago para Premium

UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago
10% de coseguro hasta un máximo de \$75 por día	\$0 de copago	20% de coseguro hasta un máximo de \$75 por día	10% de coseguro hasta un máximo de \$50 por día
<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
\$30 de copago	\$20 de copago	\$45 de copago	\$35 de copago
<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
\$599 de copago para Advanced \$899 de copago para Premium	\$499 de copago para Advanced \$799 de copago para Premium	\$699 de copago para Advanced \$999 de copago para Premium	\$599 de copago para Advanced \$899 de copago para Premium

Cobertura dental		
La cobertura incluye	Asignación anual de \$600	Atención dental de rutina con cobertura opcional disponible
Prima	Incluido en su prima sin costo adicional	<b>+ \$25</b> por mes
Deducible	\$0	\$75 por año
Máximo anual del plan	\$600	\$2,000 <sup>1</sup>
Exámenes orales	Cubierto hasta el límite de asignación de hasta \$600	Uno por año <sup>2</sup> (dos en total con compra de cobertura opcional)
Limpiezas de rutina		Uno por año <sup>2</sup> (dos en total con compra de cobertura opcional)
Radiografías		Radiografía de mordida anual <sup>2</sup> (boca completa cada cinco años con la compra de cobertura opcional)
Tratamiento con fluoruro		Cubierto <sup>2</sup>
Limpiezas de mantenimiento periodontal		Uno por año <sup>2</sup> (más con compra de cobertura opcional)
Servicios básicos de restauración (por ejemplo, empastes, endodoncias, servicios periodontales)		30% de coseguro con compra de cobertura opcional
Procedimientos de restauración importantes (por ejemplo, coronas, puentes, implantes, dentaduras postizas)		60% de coseguro con compra de cobertura opcional

<sup>1</sup>El máximo anual del plan se aplica a la cobertura de rutina. Obtiene un máximo adicional del plan del mismo monto con cobertura opcional.

<sup>2</sup>Estos servicios se incluyen sin la compra de cobertura opcional y no se aplica ningún deducible.

Para conocer las limitaciones y exclusiones dentales, consulte la página 21.

Los porcentajes enumerados anteriormente son los porcentajes que usted paga.

Los miembros deben estar inscritos en el plan durante 24 meses consecutivos antes de que la cobertura se aplique a puentes, dentaduras postizas, prótesis e implantes, a menos que esté inscrito en un plan con una asignación anual.



UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
Cobertura dental de rutina y restaurativa sin costo adicional	Atención dental de rutina con cobertura opcional disponible	Atención dental de rutina con cobertura opcional disponible	Cobertura dental de rutina y restaurativa sin costo adicional
Incluido en su prima sin costo adicional	<b>+ \$25</b> por mes	<b>+ \$25</b> por mes	Incluido en su prima sin costo adicional
\$100 por año (no se aplica a servicios preventivos ni limpiezas de mantenimiento periodontal)	\$50 por año	\$75 por año	\$75 por año (no se aplica a servicios preventivos ni limpiezas de mantenimiento periodontal)
\$2,000	\$2,500 <sup>1</sup>	\$2,000 <sup>1</sup>	\$2,000
Dos por año	Dos por año <sup>2</sup>	Uno por año <sup>2</sup> (dos en total con compra de cobertura opcional)	Dos por año
Dos por año	Tres por año <sup>2</sup>	Uno por año <sup>2</sup> (dos en total con compra de cobertura opcional)	Dos por año
Radiografía de mordida anual y boca completa cada cinco años	Radiografía de mordida anual y boca completa cada cinco años <sup>2</sup>	Radiografía de mordida anual <sup>2</sup> (boca completa cada cinco años con la compra de cobertura opcional)	Radiografía de mordida anual y boca completa cada cinco años
Cubierto	Cubierto <sup>2</sup>	Cubierto <sup>2</sup>	Cubierto
Cubierto	Tres por año <sup>2</sup>	Uno por año <sup>2</sup> (más con compra de cobertura opcional)	Cubierto
50% de coseguro	20% de coseguro con compra de cobertura opcional	30% de coseguro con compra de cobertura opcional	30% de coseguro
70% de coseguro	50% de coseguro con compra de cobertura opcional	60% de coseguro con compra de cobertura opcional	60% de coseguro

	UCare Aware	UCare Essentials Rx
<b>Servicios de la vista</b>		
Examen de los ojos de diagnóstico	\$45 de copago	\$45 de copago
Examen anual de rutina de los ojos	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto
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	\$150	\$150
<b>Servicios de salud mental</b>		
Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado (límite de 90 días por estadía) Limitado a 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico	\$250 de copago por <b>día</b> (días 1 – 5); después 100% cubierto	\$400 de copago por <b>estadía</b> (no por día); luego 100% cubierto
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago <b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (o cama adaptable)<sup>3</sup></b>		
Atención en un centro de enfermería especializada <b>sin que se exija una estadía hospitalaria previa de 3 días</b>	\$0 de copago por día por los días 1 – 20; \$203 de copago por día por los días 21 – 100; por período de beneficios	\$0 de copago por día por los días 1 – 20; \$203 de copago por día por los días 21 – 100; por período de beneficios
<b>Otros servicios</b>		
Fisioterapia	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago <b>Fuera de la red</b> \$40 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago <b>Fuera de la red</b> \$40 de copago
Ambulancia (dentro de los EE.UU. y sus territorios) Incluye aérea y terrestre	\$275 de copago	\$250 de copago
Transporte (no emergencia)	No cubierto	No cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare <sup>4</sup> Por lo general, medicamentos que debe administrar un profesional de la salud	20% de coseguro	20% de coseguro

<sup>3</sup>El servicio requiere una autorización previa.

<sup>4</sup>El servicio requiere una autorización previa. Determinados medicamentos pueden tener un coseguro más bajo. No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de insulina de la Parte B.

UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
\$30 de copago	\$20 de copago	\$45 de copago	\$35 de copago
<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$200	\$200	\$100	\$150
\$150 de copago por <b>estadía</b> (no por día); luego 100% cubierto	\$125 de copago por <b>estadía</b> (no por día); luego 100% cubierto	\$150 de copago por <b>día</b> (días 1 – 5); después 100% cubierto	\$200 de copago por <b>estadía</b> (no por día); luego 100% cubierto
<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$0 de copago
\$0 de copago por día por los días 1 – 20; \$203 de copago por día por los días 21 – 100; por período de beneficios	\$0 de copago por día para los días 1 – 20; \$100 de copago por día para los días 21 – 100; por período de beneficios	\$0 de copago por día por los días 1 – 20; \$203 de copago por día por los días 21 – 100; por período de beneficios	\$0 de copago por día para los días 1 – 20; \$125 de copago por día para los días 21 – 100; por período de beneficios
<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$40 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago
<b>Fuera de la red</b> \$30 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$20 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$40 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$35 de copago
\$275 de copago	\$225 de copago	\$200 de copago	\$100 de copago
No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro

Otros servicios (continuación)		
Servicios quiroprácticos a través de la red de ChiroCare <sup>5</sup> Manipulación manual de la columna vertebral a fin de corregir una subluxación	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago <b>Fuera de la red</b> No cubierto
Acupuntura Todos los planes cubren la acupuntura para el dolor lumbar crónico, según los criterios de Medicare	Se aplican copagos para la consulta con el médico (consulte la página 2)	Se aplican copagos para la consulta con el médico (consulte la página 2)
Servicios de podiatría	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago <b>Fuera de la red</b> \$45 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago <b>Fuera de la red</b> \$45 de copago
Asignación para productos de venta libre (Over-the-counter, OTC)	\$75 de asignación dos veces por año	\$75 de asignación dos veces por año
Programa de Asistencia al Miembro a través de M Health Fairview	\$0 de copago	\$0 de copago
Equipo médico duradero <sup>5</sup> (por ejemplo, equipo de oxígeno, presión positiva continua [Continuous Positive Airway Pressure, CPAP])	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <b>Fuera de la red</b> No cubierto
Dispositivos de prótesis (por ejemplo, férulas, bolsas de colostomía y suministros)	20% de coseguro	20% de coseguro
Opciones de acondicionamiento físico	Programa de acondicionamiento físico One Pass o programa de ahorros para clubes de salud	Programa de acondicionamiento físico One Pass o programa de ahorros para clubes de salud
Suministros para diabéticos • Monitores continuos de glucosa en sangre • Otros monitores de glucosa • Tiras reactivas y lancetas • Plantillas y zapatos <i>(insulina y jeringas cubiertas por la Parte D de Medicare)</i>	20% de coseguro 20% de coseguro 20% de coseguro 20% de coseguro	20% de coseguro 20% de coseguro 20% de coseguro 20% de coseguro

<sup>5</sup>El servicio requiere una autorización previa.

UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$10 de copago
<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
Se aplican copagos para la consulta con el médico (consulte la página 2)	Se aplican copagos para la consulta con el médico (consulte la página 2)	Se aplican copagos para la consulta con el médico (consulte la página 2)	Se aplican copagos para la consulta con el médico (consulte la página 2)
<b>Dentro de la red</b> \$30 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$20 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$45 de copago	<b>Dentro de la red</b> \$35 de copago
<b>Fuera de la red</b> \$30 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$20 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$45 de copago	<b>Fuera de la red</b> \$35 de copago
\$75 de asignación dos veces por año	\$75 de asignación dos veces por año	\$75 de asignación dos veces por año	\$75 de asignación dos veces por año
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro
<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto	<b>Fuera de la red</b> No cubierto
20% de coseguro	10% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Programa de acondicionamiento físico One Pass o programa de ahorros para clubes de salud	Programa de acondicionamiento físico One Pass o programa de ahorros para clubes de salud	Programa de acondicionamiento físico One Pass o programa de ahorros para clubes de salud	Programa de acondicionamiento físico One Pass o programa de ahorros para clubes de salud
20% de coseguro 10% de coseguro 10% de coseguro 10% de coseguro	20% de coseguro \$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago	20% de coseguro \$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago	20% de coseguro \$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago

**Cobertura al viajar**  
Además de tener cobertura en proveedores de la red en Minnesota y proveedores de la red MultiPlan fuera del estado Anywhere<sup>SM</sup>

Atención primaria	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialista	\$45 de copago	\$45 de copago
Fisioterapia	\$40 de copago	\$40 de copago
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de laboratorio (por ejemplo, índice internacional normalizado [INR] del tiempo de protrombina, colesterol)	\$0 de copago	\$0 de copago
Consultas en línea (E-visits) a través de proveedores contratados	\$0 de copago	\$0 de copago
La mayoría de los demás servicios que no son de emergencia recibidos fuera de la red	20% de coseguro	20% de coseguro
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	\$275 de copago	\$250 de copago
<b>Atención de emergencia en todo el mundo (fuera de EE.UU. y sus territorios)</b>		
Atención de emergencia, incluida la estabilización posterior a la estabilización	\$100 de copago	\$100 de copago
Ambulancia terrestre al hospital más cercano para recibir atención de emergencia	\$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.

UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
o, también tiene cobertura en proveedores que acepten Medicare al mismo copago por algunos servicios con UCare			
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$30 de copago	\$20 de copago	\$45 de copago	\$35 de copago
\$30 de copago	\$20 de copago	\$40 de copago	\$35 de copago
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago
\$275 de copago	\$225 de copago	\$200 de copago	\$100 de copago
\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago

**Cobertura de la Parte D de Medicare: incluida con estas opciones de planes sin prima adicional**

<b>Costo compartido para el deducible:</b> usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance este monto	Nivel 1 = \$0 Niveles 2 – 5 = \$295	Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 – 5 = \$295
---	--	--

**Etapa de cobertura inicial:** de \$0 a \$5,030 en costos anuales de medicamentos recetados. Luego de alcanzar el d

**Costo compartido (farmacia minorista)<sup>6</sup>**

<b>Nivel 1</b> Medicamentos genéricos preferidos	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$0 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$0 de copago
<b>Nivel 2</b> Medicamentos genéricos	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$10 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$10 de copago
<b>Nivel 3</b> Medicamentos de marca preferidos Insulina: \$35 de copago, sin deducible	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$47 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$47 de copago
<b>Nivel 4</b> Medicamentos no preferidos Insulina: \$35 de copago, sin deducible	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$100 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$100 de copago
<b>Nivel 5</b> Medicamentos de especialidad	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días 28% de coseguro	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días 28% de coseguro

<sup>6</sup>El costo compartido puede diferir según el tipo o estado de la farmacia (pedidos por correo, farmacia minorista, atención a largo plazo [Long-term care, LTC], infusión en el hogar), o de si la receta es para un suministro para 30, 60 días o suministro extendido para hasta 100 días, según lo recete su proveedor.

**Requisitos o límites adicionales para los medicamentos cubiertos:** algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. 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](http://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 de los planes Medicare de UCare encontrará los detalles sobre cómo hacer dichas solicitudes.



UCare Complete		UCare Classic		UCare Value Plus	UCare Value
Niveles 1 y 2 = \$0 Niveles 3 - 5 = \$235		Niveles 1 - 5 = \$0		<p>Los medicamentos de la Parte D no tienen cobertura en UCare Value Plus.</p> <p><b>Nota:</b> NO PUEDE ser miembro de este plan y de un plan independiente de la Parte D de Medicare al mismo tiempo. Si desea cobertura médica y de medicamentos recetados, elija uno de los otros planes Medicare de UCare.</p> <p>Estos planes están diseñados para aquellos que tienen cobertura de medicamentos a través de la Administración de Veteranos u otros programas.</p>	<p>Los medicamentos de la Parte D no tienen cobertura en UCare Value.</p> <p><b>Nota:</b> NO PUEDE ser miembro de este plan y de un plan independiente de la Parte D de Medicare al mismo tiempo. Si desea cobertura médica y de medicamentos recetados, elija uno de los otros planes Medicare de UCare.</p> <p>Estos planes están diseñados para aquellos que tienen cobertura de medicamentos a través de la Administración de Veteranos u otros programas.</p>
Educativo, paga los montos que aparecen a continuación					
<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$0 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$0 de copago				
<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$10 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$7 de copago				
<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$47 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$35 de copago				
<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$100 de copago	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días \$100 de copago				
<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días 29% de coseguro	<b>Farmacia minorista:</b> suministro para 30 días 33% de coseguro				

### Cotejo de medicamentos

Los miembros del plan UCare Classic pueden obtener ayuda para administrar los medicamentos después del alta hospitalaria. Un farmacéutico de UCare puede comunicarse con usted para revisar sus medicamentos y ayudarlo a entender cómo tomarlos.

<b>Vacío de cobertura</b>		
---------------------------	--	--

Una vez que alcance el monto de \$5,030 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
---	--	--

<b>Cobertura catastrófica</b>		
-------------------------------	--	--

Una vez que alcance el monto de \$8,000 en el gasto anual de medicamentos recetados (excluyendo el costo de UCare), usted pagará \$0	\$0 de copago	\$0 de copago
--	---------------	---------------

UCare Complete		UCare Classic		UCare Value Plus		UCare Value	
				<p>Los medicamentos de la Parte D no tienen cobertura en UCare Value Plus.</p> <p><b>Nota:</b> NO PUEDE ser miembro de este plan y de un plan independiente de la Parte D de Medicare al mismo tiempo. Si desea cobertura médica y de medicamentos recetados, elija uno de los otros planes Medicare de UCare.</p>		<p>Los medicamentos de la Parte D no tienen cobertura en UCare Value.</p> <p><b>Nota:</b> NO PUEDE ser miembro de este plan y de un plan independiente de la Parte D de Medicare al mismo tiempo. Si desea cobertura médica y de medicamentos recetados, elija uno de los otros planes Medicare de UCare.</p>	
<p>25% del costo de los medicamentos genéricos y de marca</p>		<p><b>Nivel 1</b> \$0 de copago Un suministro para hasta 30 días</p> <p><b>Nivel 2</b> \$7 de copago Un suministro para hasta 30 días</p> <p><b>Niveles 3 - 5</b> 25% del costo de los medicamentos</p>					
				<p>Estos planes están diseñados para aquellos que tienen cobertura de medicamentos a través de la Administración de Veteranos u otros programas.</p>		<p>Estos planes están diseñados para aquellos que tienen cobertura de medicamentos a través de la Administración de Veteranos u otros programas.</p>	
<p>\$0 de copago</p>		<p>\$0 de copago</p>					

# tres maneras de inscribirse



## en línea

[ucare.org/medicare123](https://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 1-877-671-1058 para inscribirse con un especialista en ventas autorizado de Medicare

llame para buscar un agente confiable de UCare cerca de usted

## Inscripción

### Elija una clínica

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

### Formularios por correo

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

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

- Es posible que lo llamemos si falta alguna información requerida en el formulario de inscripción
- Recibirá una carta en un lapso de 15 días para verificar su inscripción
- Puede recibir una carta nuestra si no tenía un plan de la Parte D de Medicare desde la fecha en que fue elegible por primera vez

- Es posible que reciba una carta nuestra si deja un plan de grupo de un empleador para inscribirse en nuestro plan
- Recibirá un nuevo paquete de miembro
- Recibirá una tarjeta de identificación de miembro de 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 Servicio al Cliente al 1-877-523-1515 (los usuarios de TTY pueden 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 (Electronic Funds Transfer, EFT)
- Retiro del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario
- en línea en [member.ucare.org](https://member.ucare.org)

No envíe el pago con su formulario de inscripción.

# Información adicional

## Cobertura de la red de proveedores

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

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

## Administración de la atención

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

## Comprender la gestión de la utilización

### Autorización previa

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

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

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

### Autorización y notificación

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

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

### Notificación

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

### Autorización previa/revisión previa al servicio

Antes de que cualquier servicio pueda estar cubierto, su proveedor de atención médica debe obtener aprobación de UCare. Esto se aplica a los proveedores que forman parte de la red de UCare, así como a

aquellos que están fuera de la red. Para determinar la cobertura, el equipo clínico de UCare evalúa si el servicio es médicamente necesario, apropiado y eficaz para sus necesidades específicas. La autorización previa, también conocida como revisión previa al servicio, requiere que su proveedor envíe información a UCare y solicite su aprobación antes de que usted reciba el servicio. Si la aprobación previa es necesaria para el servicio específico, la cobertura solo se proporcionará si se ha otorgado la aprobación.

### **Revisión urgente/simultánea**

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

### **Revisión posterior al servicio**

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

### **Apelación**

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

### **Obtenga más información**

Ingrese a [ucare.org](http://ucare.org) y haga clic en "plan resources" (recursos del plan). Los miembros de UCare también pueden buscar servicios en sus documentos de Evidencia de cobertura y Aviso anual de cambios. Estos documentos dejan constancia si se requiere notificación y autorización. Cada año de renovación, los miembros reciben un Aviso anual de cambios que explica cualquier cambio en los beneficios de su plan.

## **Tenga en cuenta los límites de cobertura de Medicare**

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

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

- Comidas a domicilio (excepto algunas coberturas para miembros con insuficiencia cardíaca congestiva en UCare Classic).
- Cuidado de rutina de los pies, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
- Zapatos ortopédicos, a menos que sean parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o que los zapatos sean para una persona con la enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia visual y otras ayudas para la baja visión. Lentes, excepto un par de anteojos (o lentes de contacto) después de la cirugía de cataratas y lentes no cubiertos por Medicare hasta la cantidad permitida.
- Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.
- Acupuntura (excepto 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 (rebordo superior/inferior) junto con la construcción del rebordo 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 nitroso)

14. Dentaduras desmontables unilaterales
15. Procedimientos temporales
16. Ferulizaciones
17. Consultas del proveedor tratante y visitas al consultorio
18. Instalación inicial de implantes, dentaduras parciales o totales o prótesis dentales para reemplazar un diente o dientes extraídos antes de la fecha de entrada en vigor del miembro. Excepción: esta exclusión no se aplicará a ningún miembro que haya estado cubierto de 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 de julio de 2013**  
**Fecha de la última revisión: 20 de julio de 2022**  
**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica acerca de usted\* y cómo usted puede tener acceso a esta información. Revíselo con cuidado.**

*\*En este aviso, "usted" se refiere al miembro y "nosotros" se refiere a UCare.*

### ¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas o desea presentar una queja, puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad en UCare, Attn: Privacy Officer, PO Box 52, Minneapolis, MN 55440-0052, o llamando a nuestra línea directa de cumplimiento las 24 horas al 612-676-6525. También puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. en la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., en: U.S. Department of Health & Human Services at the Office for Civil Rights,

U.S. Department of Health & Human Services, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

### ¿Por qué le estamos diciendo esto?

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

### ¿Qué se entiende por "información"?

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

### ¿Qué clase de información utilizamos?

Recibimos información sobre usted como parte de nuestro trabajo al proporcionarle servicios del plan de salud y cobertura médica. Esta información incluye su nombre, dirección, fecha de nacimiento, raza, etnia, idioma, orientación sexual, identidad de género, números de teléfono, información familiar, información financiera, registros médicos y otra información de salud. Algunos ejemplos de la clase de información que recopilamos incluyen: la información de solicitudes de inscripción, reclamos, información de proveedores y encuestas sobre satisfacción del cliente o de salud; la información que usted nos proporciona cuando nos llama para hacer una pregunta o cuando presenta una queja o apelación; la información que necesitamos para responder a su pregunta o para decidir sobre su apelación y la información que usted nos proporciona para ayudarnos a obtener el pago de primas.

### ¿Qué hacemos con esta información?

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

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



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

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

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

No vendemos ni rentamos su información a nadie. No utilizamos ni divulgamos su información para recaudar fondos sin su permiso. Únicamente utilizaremos o divulgaremos su información para fines de comercialización con su autorización. Protegemos la información de los antiguos miembros de igual manera que la de los miembros actuales.

### **¿Quién ve su información?**

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

También podemos compartir su información según lo requiera o permita la ley. La información se puede compartir con agencias gubernamentales y sus

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

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

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

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

### **¿Cuáles son sus derechos?**

- Tiene derecho a pedirnos que no utilicemos o compartamos su información de cierta manera. *Tenga en cuenta que aunque trataremos de respetar su solicitud, no estamos obligados a aceptarla.*
- Tiene derecho a pedirnos que le enviemos información a la dirección que elija o a pedirnos que nos comuniquemos con usted de cierta manera. Por ejemplo, usted puede solicitar que su correspondencia se envíe a su dirección de trabajo en lugar de la dirección de su domicilio. Podemos pedirle que haga su solicitud por escrito.

- Tiene derecho a ver u obtener una copia de la información que tenemos acerca de usted. Esta información incluye los registros que utilizamos para tomar ciertas decisiones sobre cobertura médica, como registros de pago, de inscripción, de caso o de manejo médico. Podemos pedirle que haga su solicitud por escrito. También podemos pedirle que nos proporcione la información que necesitamos para responder a su solicitud. Tenemos derecho a cobrar una cuota razonable por el costo de hacer y enviar las copias. En algunos casos, podemos denegar su solicitud para inspeccionar o para obtener una copia de su información. Si denegamos su solicitud, se lo informaremos por escrito. Podemos darle el derecho a una revisión de la decisión. Háganos saber si tiene preguntas sobre esto.
- Tiene derecho a solicitarnos corregir o agregar información faltante sobre usted que tengamos en nuestros registros. Sus solicitudes deben ser por escrito. En algunos casos, podemos denegar una solicitud si la información está correcta y completa, si nosotros no la creamos, si no podemos compartirla o si no es parte de nuestros registros. Todas las denegaciones serán por escrito. Puede presentar una declaración escrita de desacuerdo con nosotros. Tenemos derecho a no estar de acuerdo con esa declaración. Incluso si denegamos su solicitud para cambiar o agregar a su información, usted todavía tiene derecho a que se incluya en su información su solicitud escrita, nuestra denegación escrita y su declaración de desacuerdo.
- Tiene derecho a recibir una lista de las veces en que hemos compartido su información, en algunos casos. Tenga en cuenta que no estamos obligados a proporcionarle una lista de la información compartida antes del 14 de abril de 2003; información compartida o utilizada con propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; información compartida con usted o con alguien más como resultado de su autorización; información que se comparte como resultado de un uso o divulgación permitidas o información compartida por seguridad nacional o propósitos de inteligencia. Todas las solicitudes para esta lista deben ser por escrito. Necesitaremos que nos proporcione información específica para que podamos responder a su solicitud. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una cuota razonable. Si tiene preguntas acerca de esto, comuníquese con nosotros a la dirección proporcionada al final de este aviso.
- Tiene derecho a recibir notificaciones de violaciones de su información médica protegida no segura.
- De ser solicitada, tiene derecho a recibir de nosotros una copia de este aviso. Este aviso entró en vigencia el 1 de julio de 2013 y se revisó por última vez el 20 de julio de 2022.

### ¿Cómo protegemos su información?

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

### ¿Qué más necesita saber?

Podemos cambiar nuestra política de privacidad cada cierto tiempo. Como lo requiere la ley, le enviaremos nuestro aviso si lo solicita. Si tiene preguntas sobre este aviso, llame a Servicios al Cliente de UCare al número de teléfono gratuito que aparece en la parte trasera de su tarjeta de miembro. Esta información está disponible en otros formatos para personas con discapacidades. Solicítenos esta información.

### Aviso de no discriminación

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

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

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

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

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

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

### **Reclamo oral**

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

### **Reclamo por escrito**

Dirección postal

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Correo electrónico: [cag@ucare.org](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>.

TruHearing es una marca registrada de TruHearing, Inc.

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

ဟ်သုဂ်ဟ်သး-နမုာ်ကတိာ် ကညိ ကျိာ်အဃိ, နမုာ် ကျိာ်အတၢ်မၤစၢလၢ တလၢာ်ဘျုးလၢာ်စ့ နိတမံၤဘျုးသ့န့ၢ်လီၤ. 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: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស, រសវាជំនួយវេជ្ជកម្មភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ 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).



# Planes de un vistazo



**Kathy**

Kathy goza de buena salud y quiere un plan premium bajo. Está dispuesta a pagar un poco más si necesita atención especializada. UCare Aware le ofrece un excelente valor y tranquilidad.



**John**

John tiene una buena salud y no anticipa que vaya a tener que hacer grandes gastos en atención médica. Toma medicamentos recetados para controlar su salud. UCare Essentials Rx se adapta perfectamente, porque le proporciona cobertura todo en uno por una prima baja.

	UCare Aware	UCare Essentials Rx
Prima del plan (debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare)	\$5	\$56
Devolución de la prima de la Parte B de Medicare		
Médico y hospitalario	✓	✓
Programas de acondicionamiento físico	✓	✓
Dental	✓	✓
Anteojos recetados y audífonos	✓	✓
Asignación para productos de venta libre (Over-the-counter, OTC)	✓	✓
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	✓	✓
Cobertura al viajar	✓	✓
Máximo de desembolso directo	\$5,400	\$3,800



**Betty**

Betty quiere copagos médicos y hospitalarios bajos y cobertura de medicamentos a un precio asequible. UCare Complete se adapta perfectamente a su presupuesto y estilo de vida. Es un valor excepcional y ofrece cobertura dental adicional incluida en su prima.



**Carol**

Carol quiere un plan que cubra toda la atención que necesita a medida que envejece, con costos de desembolso directo bajos o nulos. UCare Classic le da la tranquilidad de saber que tendrá la protección que necesita hoy y en el futuro.



**David**

David es un veterano que recibe algunos de sus cuidados y recetas a través de VA. Él también quiere un plan asequible con una gran red de proveedores. UCare Value Plus también ofrece un reembolso parcial en su prima de la Parte B.

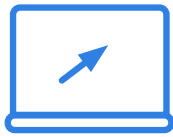


**Rick**

Rick también recibe sus recetas a través de VA. Pero él quiere los beneficios más ricos y la gran red de proveedores que UCare Value ofrece por una pequeña prima mensual. UCare Value también es una buena opción para aquellos que eligen no inscribirse en la Parte D.

UCare Complete	UCare Classic	UCare Value Plus	UCare Value
\$88	\$204	\$0	\$19
		\$50	
✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓
\$3,200	\$2,800	\$5,500	\$3,400

# tres maneras de inscribirse



## en línea

**[ucare.org/medicare123](https://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 1-877-671-1058  
para inscribirse con un  
especialista en ventas  
autorizado de Medicare

llame para buscar un  
agente confiable de  
UCare cerca de usted

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

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



500 Stinson Blvd NE  
Minneapolis, MN 55413  
612-676-6616 | 1-877-671-1058 | TTY 1-800-688-2534  
**[ucare.org](https://ucare.org)**

Y0120\_2459\_12924\_082023\_M

U12924 (08/2023) © 2023 UCare. Todos los derechos reservados. NORTE