



2021 Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios es para los siguientes condados:

Citrus

013 - 4 Premier by Ultimate (HMO)
014 - 2 Premier Plus by Ultimate (HMO)

Hernando

001 Premier by Ultimate (HMO)
014 - 1 Premier Plus by Ultimate (HMO)

Hillsborough

011 Premier by Ultimate (HMO)
012 Premier Plus by Ultimate (HMO)

Lake

028 Premier by Ultimate (HMO)
016 Premier Plus by Ultimate (HMO)

Marion

028 Premier by Ultimate (HMO)
016 Premier Plus by Ultimate (HMO)

Pasco

013 - 3 Premier by Ultimate (HMO)
014 - 1 Premier Plus by Ultimate (HMO)

Pinellas

011 Premier by Ultimate (HMO)
012 Premier Plus by Ultimate (HMO)

Sumter

028 Premier by Ultimate (HMO)
016 Premier Plus by Ultimate (HMO)



Consulte la cobertura por condado en las páginas 5, 25, 45 o 65 para saber cómo ahorrar hasta **\$1,560.00** al año en 2021.

CÓMO USAR ESTA GUÍA

Gracias por tomarse un tiempo para leer sobre [Ultimate Health Plans](#). Esperamos que le resulte un tiempo bien invertido. Ultimate, como nos llaman nuestros amigos, es un plan local que opera y presta servicios al cliente aquí en Florida Central. Nuestra oficina central está en Spring Hill. Tenemos una amplia (y creciente) red de médicos y hospitales locales situados convenientemente en los condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Lake, Marion, Pasco, Pinellas y Sumter.

En pocas palabras, cubrimos beneficios médicos, servicios hospitalarios y medicamentos recetados asequibles y de calidad, y otros servicios que Medicare Original no cubre. Use esta guía para ver información detallada sobre nuestros excepcionales beneficios y costos asequibles. Estamos seguros de que quedará encantado.

Secciones de esta guía

Beneficios y distribución de costos	5-82	Beneficio de actividad física.....	87
Beneficio de medicamentos recetados ...	84-85	Otros beneficios	88
Beneficio de productos de venta sin receta...	85	Servicios preventivos.....	89
Beneficios dentales, para la vista y para la audición	86	Cómo inscribirse	90-91

Si tiene preguntas o quiere obtener más información, llámenos al **1-888-657-4170 (TTY 711)**. Atendemos de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. En determinadas épocas del año, podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Ultimate Health Plans, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

El área de servicio para Premier y Premier Plus de Ultimate Health Care (HMO) incluye los siguientes condados de Florida:

Citrus	Marion
Hernando	Pasco
Hillsborough	Pinellas
Lake	Sumter

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales, farmacias y otros tipos de proveedores. A menos que sea una emergencia, usted debe usar los proveedores y las farmacias de la red. Si usa proveedores que no pertenezcan a nuestra red, el plan podría no pagar esos servicios. Puede ver el directorio de farmacias y proveedores del plan en nuestro sitio web, en www.chooseultimate.com. O puede llamarnos y le enviaremos una copia del directorio de farmacias y proveedores. La red de farmacias o la red de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.



Cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y más

Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Medicare Original (como consultas con el médico, hospitalizaciones y equipo médico) y otros beneficios que Medicare Original no cubre (como atención dental, de la vista y de la audición, y el programa de actividad física SilverSneakers®). Algunos de los beneficios extra se detallan en esta guía.

Además, cubrimos los medicamentos de la Parte D, y medicamentos y suministros de venta sin receta. Para saber qué medicamentos cubrimos, consulte la lista completa de medicamentos del plan (nuestro formulario) y las restricciones aplicables en nuestro sitio web, en www.chooseultimate.com. O llámenos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.

Esta guía es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted debe pagar. No se incluyen todos los servicios cubiertos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para ver una lista completa de los servicios que cubrimos, visite nuestro sitio web, en www.chooseultimate.com, o llámenos y pida la “Constancia de Cobertura” (Evidence of Coverage).



Citrus

013 - 4 Premier de Ultimate
014 - 2 Premier Plus de Ultimate

La salud está a su alcance.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Primas y beneficios	Citrus
	013 - 4 Premier de Ultimate
Prima mensual del plan	Usted paga \$0.
Reducción de la prima de la Parte B	Ultimate Health Plans reducirá de su prima de la Parte B de Medicare hasta \$110.00 al mes.
Deducible	Este plan no tiene deducibles.
Gasto máximo de bolsillo	\$2,800
Cobertura de hospitalización	Usted paga \$125 de copago por día entre los días 1 y 5. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 6 y 90.
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios	Usted paga \$25 de copago por consulta para servicios en un centro de cirugía ambulatoria. Usted paga \$195 de copago por consulta para servicios hospitalarios ambulatorios.
Consultas con el médico (Proveedores de atención primaria y especialistas)	Usted paga \$0 de copago por consulta con proveedores de atención primaria. Usted paga \$20 de copago por consulta con especialistas.
Atención preventiva	Usted no paga nada.
Atención de emergencia	Usted paga \$75 de copago por consulta.
Servicios de urgencia	Usted paga \$10 de copago por consulta.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Citrus	Lo que debe saber
014 - 2 Premier Plus de Ultimate	
Usted paga \$0.	
No aplicable a este plan	Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Este plan no tiene deducibles.	
\$1,500	Esta cantidad es el máximo que usted pagará en copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos dentro de la red al año. No se incluyen los medicamentos de la Parte D.
Usted paga \$0 de copago.	A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$25 de copago por consulta para servicios en un centro de cirugía ambulatoria. Usted paga \$150 de copago por consulta para servicios hospitalarios ambulatorios.	Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$0 de copago por consulta con proveedores de atención primaria y especialistas.	Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted no paga nada.	Cubrimos todos los servicios preventivos que cubre Medicare Original sin costo para usted. También se cubrirán los otros servicios preventivos que Medicare apruebe durante el año del contrato. Algunos servicios requieren una derivación o autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información. Consulte la página 89 para obtener más información sobre los servicios preventivos que cubrimos.
Usted paga \$50 de copago por consulta.	Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponda a usted por la atención de emergencia. También cubrimos atención de emergencia complementaria internacional (consulte Atención de emergencia internacional en la página 88).
Usted paga \$10 de copago por consulta.	Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponda a usted por los servicios de urgencia.

Primas y beneficios	Citrus
	013 - 4 Premier de Ultimate
Servicios de diagnóstico Laboratorio/Diagnóstico por imágenes • <i>Servicios de laboratorio</i> • <i>Examen de rayos X ambulatorio</i> • <i>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</i> • <i>Servicios de radiología diagnóstica</i> • <i>Servicios de radiología terapéutica</i>	Servicios de laboratorio • Usted paga \$0 de copago. Examen de rayos X ambulatorio • Usted paga \$0 de copago. Pruebas y procedimientos de diagnóstico Usted paga lo siguiente: • \$25 de copago para colonoscopias, endoscopias y otros procedimientos de diagnóstico similares, y pruebas de la función pulmonar y de la función tiroidea • \$75 de copago para estudios del sueño y exámenes psicológicos Servicios de radiología diagnóstica Usted paga lo siguiente, además del copago para la visita en el consultorio: • \$25 de copago para ecografías y ecocardiografías • \$50 de copago para pruebas de esfuerzo y de conducción nerviosa, tomografías computarizadas (CT), y resonancias magnéticas (MRI) • \$100 de copago para angiografías por tomografía computarizada (CTA), angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías por emisión de positrones (PET), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT) y otras pruebas de medicina nuclear Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): • 20 % del costo. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información. Todos los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago para servicios hospitalarios ambulatorios.
Servicios para la audición • <i>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</i> • <i>Examen de audición de rutina</i> • <i>Ajuste/Evaluación de audífonos</i> • <i>Audífonos</i>	Usted paga \$0 de copago para: • 1 examen de audición de rutina al año • Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio Nuestro plan paga hasta \$2,000 cada dos años para audífonos. Usted paga \$10 de copago para: • 1 ajuste/evaluación de audífonos al año • Cada audífono

Primas y beneficios	Citrus
	014 - 2 Premier Plus de Ultimate
Servicios de diagnóstico Laboratorio/Diagnóstico por imágenes • <i>Servicios de laboratorio</i> • <i>Examen de rayos X ambulatorio</i> • <i>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</i> • <i>Servicios de radiología diagnóstica</i> • <i>Servicios de radiología terapéutica</i>	Servicios de laboratorio • Usted paga \$0 de copago. Examen de rayos X ambulatorio • Usted paga \$0 de copago. Pruebas y procedimientos de diagnóstico Usted paga lo siguiente: • \$0 de copago para colonoscopias, endoscopias y otros procedimientos de diagnóstico similares, y pruebas de la función pulmonar y de la función tiroidea • \$50 de copago para estudios del sueño y exámenes psicológicos Servicios de radiología diagnóstica Usted paga lo siguiente, además del copago para la visita en el consultorio: • \$0 de copago para ecografías y ecocardiografías • \$25 de copago para pruebas de esfuerzo y de conducción nerviosa, tomografías computarizadas (CT), y resonancias magnéticas (MRI) • \$75 de copago para angiografías por tomografía computarizada (CTA), angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías por emisión de positrones (PET), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT) y otras pruebas de medicina nuclear Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): • 20 % del costo. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información. Todos los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago para servicios hospitalarios ambulatorios.
Servicios para la audición • <i>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</i> • <i>Examen de audición de rutina</i> • <i>Ajuste/Evaluación de audífonos</i> • <i>Audífonos</i>	Usted paga \$0 de copago para: • 1 examen de audición de rutina al año • Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio Nuestro plan paga hasta \$2,000 cada dos años para audífonos. Usted paga \$5 de copago para: • 1 ajuste/evaluación de audífonos al año • Cada audífono

Primas y beneficios	Citrus
	013 - 4 Premier de Ultimate
Servicios dentales • <i>Servicios dentales preventivos</i> • <i>Servicios dentales completos</i> • <i>Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare</i>	Usted paga \$0 de copago para: • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 1 examen dental por rayos X al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 1 extracción simple al año • 1 empaste al año • Raspado y alisado radicular, limitado a 1 procedimiento por cuadrante al año. Un total de 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) al año • Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare

Citrus	Lo que debe saber
014 - 2 Premier Plus de Ultimate	
Usted paga \$0 de copago para: • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 1 examen dental por rayos X al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 1 extracción simple al año • 1 empaste al año • 1 limpieza quirúrgica completa de la boca cada 2 años • 1 dentadura postiza por arco dental cada 3 años • Raspado y alisado radicular, limitado a 1 procedimiento por cuadrante al año. Un total de 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) al año • Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare	Los rayos X pueden incluir: • Serie de imágenes radiográficas intrabucales completas • Imagen radiográfica intrabucal periapical • Una imagen radiográfica de aleta de mordida única; o dos, tres o cuatro imágenes radiográficas de aleta de mordida • Imagen radiográfica panorámica • Las imágenes panorámicas y de boca completa están cubiertas cada 3 años. La extracción simple puede incluir: • Extracción de un diente erupcionado o de una raíz expuesta • Extracción de un diente erupcionado para la que haya que quitar el hueso o cortar el diente El empaste puede incluir: • Amalgama, una o más superficies, primaria o permanente • Compuesto a base de resina, una a tres superficies, anterior, cuatro o más superficies, incluyendo el ángulo incisal • Compuesto a base de resina, de una a tres superficies, posterior Un dentista general participante debe prestar los servicios. Nuestro plan cubre servicios dentales que no son de rutina, pero que son médicamente necesarios antes de hacer otro procedimiento médico cubierto por Medicare. El mantenimiento periodontal, la irrigación de las encías y la administración localizada de medicamentos antimicrobianos, como Arestin®, no están cubiertos, y el miembro es responsable del cargo extra, aunque el raspado/alisado radicular esté cubierto. Algunos servicios podrían requerir una autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información. <i>Para el plan 014-2 únicamente</i> Las dentaduras postizas pueden incluir 1 de las siguientes por arco dental cada 3 años: • Dentadura postiza completa, maxilar o mandibular • Dentadura postiza inmediata, maxilar o mandibular • Dentadura postiza parcial, maxilar o mandibular, con base de resina • Dentadura postiza parcial, maxilar o mandibular, en molde de metal, con base de resina • Dentadura postiza parcial, maxilar o mandibular, con base flexible

Primas y beneficios	Citrus
	013 - 4 Premier de Ultimate
Servicios para la vista • Exámenes de la vista • Productos para la vista y lentes de contacto	Nuestro plan cubre: • 1 examen de la vista de rutina al año • Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos Usted paga \$0 de copago para: • Examen con un optometrista Usted paga \$20 de copago para: • Examen con un oftalmólogo Nuestro plan paga hasta \$150 al año para productos para la vista. Usted paga \$0 de copago para: • Lentes de contacto O • 1 par de lentes para anteojos CR-39 estándar O • 1 montura para anteojos Usted paga \$50 de copago para: • Cambio a lentes progresivos Usted paga \$40 de copago para: • 1 par extra de anteojos de sol recetados al año O • \$30 de copago para lentes fotocromáticos Beneficio después de una cirugía de cataratas: • 1 montura de una selección especial O • Lentes para anteojos CR-39 estándar según sean médicamente necesarios, sin límite en la cantidad de lentes después de una cirugía de cataratas • En vez de anteojos, puede elegir lentes de contacto hasta alcanzar el límite del beneficio de \$150 para productos para la vista.

Citrus	Lo que debe saber
014 - 2 Premier Plus de Ultimate	
Nuestro plan cubre: • 1 examen de la vista de rutina al año • Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos Usted paga \$0 de copago para: • Examen con un optometrista Usted paga \$20 de copago para: • Examen con un oftalmólogo Nuestro plan paga hasta \$150 al año para productos para la vista. Usted paga \$0 de copago para: • Lentes de contacto O • 1 par de lentes para anteojos CR-39 estándar O • 1 montura para anteojos Usted paga \$50 de copago para: • Cambio a lentes progresivos Usted paga \$40 de copago para: • 1 par extra de anteojos de sol recetados al año • \$30 de copago para lentes fotocromáticos Beneficio después de una cirugía de cataratas: • 1 montura de una selección especial O • Lentes para anteojos CR-39 estándar según sean médicamente necesarios, sin límite en la cantidad de lentes después de una cirugía de cataratas • En vez de anteojos, puede elegir lentes de contacto hasta alcanzar el límite del beneficio de \$150 para productos para la vista.	• La cantidad anual del beneficio puede aplicarse únicamente a los lentes, únicamente a las monturas o a ambos. • Los lentes para anteojos estándar incluyen: ▶ Lentes monofocales ▶ Bifocales (FT 28) ▶ Trifocales (7 x 28) • El cambio a lentes progresivos no afecta el límite anual para productos para la vista. • El beneficio extra de anteojos de sol recetados se suma al beneficio para productos para la vista y no afecta el límite anual para ese beneficio. Este beneficio se puede usar una vez al año. • Beneficio extra de anteojos de sol recetados O lentes fotocromáticos con: • Opción de elegir anteojos de sol recetados con lentes polarizados (grises o marrones) y monturas especiales O lentes fotocromáticos. • Los anteojos de sol recetados con lentes polarizados (grises o marrones) están sujetos a \$40 de copago. • Los lentes fotocromáticos están sujetos a \$30 de copago. • La adaptación de lentes de contacto no es un beneficio cubierto.

Primas y beneficios	Citrus
	013 - 4 Premier de Ultimate
Servicios de salud mental • <i>Estancia en el hospital</i> • <i>Consultas ambulatorias de terapia de grupo</i> • <i>Consultas ambulatorias de terapia individual</i>	Estancia en el hospital • Usted paga \$125 de copago por día entre los días 1 y 5. • Usted paga \$0 de copago por día entre los días 6 y 90. Consultas ambulatorias de terapia de grupo • Usted paga \$10 de copago por sesión. Consultas ambulatorias de terapia individual • Usted paga \$20 de copago por sesión.
Centro de enfermería especializada	Usted paga \$0 de copago por día entre los días 1 y 20. Usted paga \$150 de copago por día entre los días 21 y 40. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 41 y 100.

Citrus	Lo que debe saber
014 - 2 Premier Plus de Ultimate	
Estancia en el hospital • Usted paga \$0 de copago. Consultas ambulatorias de terapia de grupo • Usted paga \$0 de copago por sesión. Consultas ambulatorias de terapia individual • Usted paga \$0 de copago por sesión.	Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental con estancia en un hospital psiquiátrico. A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$0 de copago por día entre los días 1 y 20. Usted paga \$150 de copago por día entre los días 21 y 31. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 32 y 100.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF). Los copagos para los beneficios de SNF se basan en los períodos de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en el que lo ingresan como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención en un centro de enfermería especializada durante 60 días seguidos. Si lo ingresan en un centro de enfermería especializada después de que el período de beneficio haya terminado, comenzará un nuevo período de beneficio. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficio. Algunos servicios requieren una derivación o autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Primas y beneficios	Citrus
	013 - 4 Premier de Ultimate
Fisioterapia • Consulta con un fisioterapeuta • Servicios para patologías del habla y del lenguaje • Consulta de terapia ocupacional	Usted paga \$20 de copago por consulta. • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje Usted paga \$20 de copago por consulta. • Terapia ocupacional
Ambulancia	Usted paga \$150 de copago para el beneficio de traslado de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Usted paga el 20 % del costo del beneficio de traslado de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare.
Transporte	Usted paga \$0 de copago para un máximo de 20 traslados : • 8 traslados de ida (4 traslados de ida y vuelta) al consultorio del proveedor de atención primaria, al oculista, a un especialista o a diálisis, Y • 12 traslados (6 traslados de ida y vuelta) a fisioterapia
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20 % del costo de: • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos y medios de contraste de la Parte B inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B Para los antibióticos intravenosos cubiertos, usted paga \$0 de copago cuando el servicio se presta con servicios de atención médica a domicilio.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Citrus	Lo que debe saber
014 - 2 Premier Plus de Ultimate	
Usted paga \$5 de copago por consulta. • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje Usted paga \$0 de copago por consulta. • Terapia ocupacional	Algunos servicios podrían requerir una remisión y una autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información. Los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago hospitalario ambulatorio.
Usted paga \$150 de copago para el beneficio de traslado de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Usted paga el 20 % del costo del beneficio de traslado de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare.	A menos que sea una emergencia, este servicio podría requerir una autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$0 de copago para un máximo de 20 traslados : • 8 traslados de ida (4 traslados de ida y vuelta) al consultorio del proveedor de atención primaria, al oculista, a un especialista o a diálisis, Y • 12 traslados (6 traslados de ida y vuelta) a fisioterapia	Los traslados deben hacerse a un centro médico aprobado por el plan en taxi, un servicio de vehículo compartido, autobús, furgoneta o transporte médico (según lo programe el plan). Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga el 20 % del costo de: • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos y medios de contraste de la Parte B inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B Para los antibióticos intravenosos cubiertos, usted paga \$0 de copago cuando el servicio se presta con servicios de atención médica a domicilio.	El copago correspondiente al especialista se aplica cuando el servicio se presta en una visita en el consultorio del médico/especialista. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Primas y beneficios	Citrus
	013 - 4 Premier de Ultimate
Atención de los pies (servicios de podología) Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare	Usted paga \$20 de copago por consulta.
Atención de emergencia internacional	Usted paga \$75 por consulta.
Programa de bienestar - Programa de actividad física SilverSneakers® - Educación para la salud - Servicios extra para dejar de fumar y de usar tabaco	Usted no paga nada.
Servicios de atención quiropráctica	Usted paga \$20 de copago por consulta para: Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare
Productos de venta sin receta	Usted no paga nada por productos, medicamentos y artículos de venta sin receta hasta alcanzar \$35 al mes, lo que equivale a un beneficio anual de \$420 .

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Citrus	Lo que debe saber
014 - 2 Premier Plus de Ultimate	
Usted paga \$0 por consulta.	Se debe tener una remisión. Comuníquese con el plan para obtener más información.
Usted paga \$100 por consulta.	Pagamos hasta \$50,000 para servicios de emergencia cubiertos que se reciban fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Consulte la página 88 para obtener más información.
Usted no paga nada.	Consulte la página 87 para ver una descripción de los programas de bienestar que tenemos.
Usted paga \$0 de copago por consulta para: Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare	Los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare incluyen el ajuste manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna vertebral se corren de su posición).
Usted no paga nada por productos, medicamentos y artículos de venta sin receta hasta alcanzar \$35 al mes, lo que equivale a un beneficio anual de \$420 .	La cantidad del beneficio no es acumulable mes a mes. Consulte la página 85 para obtener más información.

Primas y beneficios	Citrus
	013 - 4 Premier de Ultimate
Servicios de telemedicina	Usted paga \$0 de copago por consulta para: - Servicios de telemedicina de atención primaria, incluyendo la Línea de Orientación de Enfermería las 24 horas Usted paga \$20 de copago por consulta para: - Servicios de telemedicina con un especialista - Servicios de telemedicina de salud mental
Beneficios de comidas	Usted paga \$0 de copago para las comidas inmediatamente después de una estancia en el hospital.
Equipos/Suministros médicos - Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) - Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, prótesis para las extremidades) - Suministros para la diabetes	Usted paga el 20 % del costo de: - Equipo médico duradero (DME) - Prótesis Usted paga \$0 de copago para: - Suministros para el control de la diabetes - Capacitación para el autocontrol de la diabetes - Calzado para personas con diabetes

Citrus	Lo que debe saber
014 - 2 Premier Plus de Ultimate	
Usted paga \$0 de copago por consulta para: - Servicios de telemedicina de atención primaria, incluyendo la Línea de Orientación de Enfermería las 24 horas - Servicios de telemedicina con un especialista - Servicios de telemedicina de salud mental	Se requiere una remisión para recibir servicios de telemedicina con un especialista. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$0 de copago para las comidas inmediatamente después de una estancia en el hospital.	Se dan dos comidas por día durante 7 días, siempre que las pida un médico o un administrador de casos.
Usted paga el 20 % del costo de: - Equipo médico duradero (DME) - Prótesis Usted paga \$0 de copago para: - Suministros para el control de la diabetes - Capacitación para el autocontrol de la diabetes - Calzado para personas con diabetes	Algunos servicios requieren una autorización. Comuníquese con su plan para obtener más información.

¿Cuánto debo pagar en cada etapa?

LO QUE DEBE SABER

Lo que deberá pagar por un medicamento dependerá de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté en el momento de la compra. Dado que estos planes no tienen deducibles, usted comenzará en la etapa de cobertura inicial.

En esta etapa, nuestro plan también cubre algunos tipos seleccionados de insulina. Usted paga entre \$25 y \$35 de copago para estos tipos de insulina. Para saber cuáles son los tipos seleccionados de insulina, consulte la lista de medicamentos del plan (también llamada “el formulario”).

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un intervalo sin cobertura (también llamado “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en la cantidad que usted debe pagar por sus medicamentos. El intervalo sin cobertura comienza cuando el costo total de medicamentos al año (incluyendo lo que han pagado usted y nuestro plan) alcanza los \$4,130. No todos los miembros tienen el intervalo sin cobertura.

Si usted tiene el intervalo sin cobertura, nuestros planes continuarán cubriendo los medicamentos del grupo 1 (genéricos preferidos). Para los medicamentos del grupo 1, usted debe pagar las cantidades indicadas abajo o el 25 % del costo del plan, lo que sea menor. Además, en la etapa de intervalo sin cobertura, sus costos de bolsillo para tipos seleccionados de insulina serán de \$25 a \$35.

Para los medicamentos de marca cubiertos, usted pagará el 25 % del precio (más un porcentaje de la tasa de dispensado) cuando esté en el intervalo sin cobertura. La etapa de intervalo sin cobertura se extenderá hasta que los costos que usted haya pagado sumen \$6,550. En ese momento, terminará el intervalo sin cobertura y comenzará la etapa de cobertura para catástrofes, durante la que el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

La distribución de costos puede variar según la farmacia que elija (es decir, si está dentro de la red, está fuera de la red, es de venta por correo, presta servicios de largo plazo [LTC], presta servicios de infusión a domicilio, etc.), la cantidad de suministro (es decir, si es para 30 o 90 días) y si usted entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Si usted reside en un centro de atención de largo plazo y usa una farmacia con servicio de atención de largo plazo (LTC), pagará la misma cantidad que en una farmacia.

Usted puede comprar medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero quizá pague más que en una farmacia dentro de la red. Para obtener más información sobre la distribución de costos específica para farmacias y las etapas de beneficio, llámenos o acceda a nuestra Constancia de Cobertura en línea.



013 - 4 Premier de Ultimate			
Citrus	Cobertura inicial	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> • Usted paga \$35 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> • Usted paga \$60 por medicamento recetado. <u>Grupo 4: medicamentos de especialidad</u> • Usted paga el 33 % del costo.	FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> • Usted paga \$70 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> • Usted paga \$120 por medicamento recetado.
	Intervalo sin cobertura	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos preferidos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado.	FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos preferidos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado.

014 - 2 Premier Plus de Ultimate			
Citrus	Cobertura inicial	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> • Usted paga \$25 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> • Usted paga \$50 por medicamento recetado. <u>Grupo 4: medicamentos de especialidad</u> • Usted paga el 33 % del costo.	FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> • Usted paga \$50 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> • Usted paga \$100 por medicamento recetado.
	Intervalo sin cobertura	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos preferidos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado.	FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos preferidos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado.



Hernando

001 Premier de Ultimate
014 - 1 Premier Plus de Ultimate

Pasco

013 - 3 Premier de Ultimate
014 - 1 Premier Plus de Ultimate

La salud está a su alcance.

Hernando

Pasco

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Primas y beneficios	Hernando
	Pasco
	001 Premier de Ultimate —Hernando 013 - 3 Premier de Ultimate—Pasco
Prima mensual del plan	Usted paga \$0.
Reducción de la prima de la Parte B	Ultimate Health Plans reducirá de su prima de la Parte B de Medicare hasta \$130.00 al mes.
Deducible	Este plan no tiene deducibles.
Gasto máximo de bolsillo	\$2,800
Cobertura de hospitalización	Usted paga \$125 de copago por día entre los días 1 y 5. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 6 y 90.
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios	Usted paga \$25 de copago por consulta para servicios en un centro de cirugía ambulatoria. Usted paga \$150 de copago por consulta para servicios hospitalarios ambulatorios.
Consultas con el médico (Proveedores de atención primaria y especialistas)	Usted paga \$0 de copago por consulta con proveedores de atención primaria. Usted paga \$20 de copago por consulta con especialistas.
Atención preventiva	Usted no paga nada.
Atención de emergencia	Usted paga \$75 de copago por consulta.
Servicios de urgencia	Usted paga \$10 de copago por consulta.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Hernando Pasco 014 - 1 Premier Plus de Ultimate —Hernando y Pasco	Lo que debe saber
Usted paga \$0.	
No aplicable a este plan	Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Este plan no tiene deducibles.	
\$1,500	Esta cantidad es el máximo que usted pagará en copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos dentro de la red al año. No se incluyen los medicamentos de la Parte D.
Usted paga \$0 de copago.	A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$25 de copago por consulta para servicios en un centro de cirugía ambulatoria. Usted paga \$100 de copago por consulta para servicios hospitalarios ambulatorios.	Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$0 de copago por consulta con proveedores de atención primaria y especialistas.	Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted no paga nada.	Cubrimos todos los servicios preventivos que cubre Medicare Original sin costo para usted. También se cubrirán los otros servicios preventivos que Medicare apruebe durante el año del contrato. Algunos servicios requieren una derivación o autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información. Consulte la página 89 para obtener más información sobre los servicios preventivos que cubrimos.
Usted paga \$50 de copago por consulta.	Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponda a usted por la atención de emergencia. También cubrimos atención de emergencia complementaria internacional (consulte Atención de emergencia internacional en la página 88).
Usted paga \$10 de copago por consulta.	Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponda a usted por los servicios de urgencia.

Primas y beneficios	Hernando
	Pasco
	001 Premier de Ultimate—Hernando 013 - 3 Premier de Ultimate—Pasco
Servicios de diagnóstico Laboratorio/Diagnóstico por imágenes - Servicios de laboratorio - Examen de rayos X ambulatorio - Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Servicios de radiología diagnóstica - Servicios de radiología terapéutica	Servicios de laboratorio - Usted paga \$0 de copago. Examen de rayos X ambulatorio - Usted paga \$0 de copago. Pruebas y procedimientos de diagnóstico Usted paga lo siguiente: \$25 de copago para colonoscopias, endoscopias y otros procedimientos de diagnóstico similares, y pruebas de la función pulmonar y de la función tiroidea \$75 de copago para estudios del sueño y exámenes psicológicos Servicios de radiología diagnóstica Usted paga lo siguiente, además del copago para la visita en el consultorio: \$25 de copago para ecografías y ecocardiografías \$50 de copago para pruebas de esfuerzo y de conducción nerviosa, tomografías computarizadas (CT), y resonancias magnéticas (MRI) \$100 de copago para angiografías por tomografía computarizada (CTA), angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías por emisión de positrones (PET), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT) y otras pruebas de medicina nuclear Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): 20 % del costo. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información. Todos los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago para servicios hospitalarios ambulatorios.
Servicios para la audición - Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio - Examen de audición de rutina - Ajuste/Evaluación de audífonos - Audífonos	Usted paga \$0 de copago para: 1 examen de audición de rutina al año Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio Nuestro plan paga hasta \$2,000 cada dos años para audífonos. Usted paga \$10 de copago para: 1 ajuste/evaluación de audífonos al año - Cada audífono

Primas y beneficios	Hernando
	Pasco
	014 - 1 Premier Plus de Ultimate —Hernando y Pasco
Servicios de diagnóstico Laboratorio/Diagnóstico por imágenes - Servicios de laboratorio - Examen de rayos X ambulatorio - Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Servicios de radiología diagnóstica - Servicios de radiología terapéutica	Servicios de laboratorio - Usted paga \$0 de copago. Examen de rayos X ambulatorio - Usted paga \$0 de copago. Pruebas y procedimientos de diagnóstico Usted paga lo siguiente: \$0 de copago para colonoscopias, endoscopias y otros procedimientos de diagnóstico similares, y pruebas de la función pulmonar y de la función tiroidea \$50 de copago para estudios del sueño y exámenes psicológicos Servicios de radiología diagnóstica Usted paga lo siguiente, además del copago para la visita en el consultorio: \$0 de copago para ecografías y ecocardiografías \$25 de copago para pruebas de esfuerzo y de conducción nerviosa, tomografías computarizadas (CT), y resonancias magnéticas (MRI) \$50 de copago para angiografías por tomografía computarizada (CTA), angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías por emisión de positrones (PET), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT) y otras pruebas de medicina nuclear Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): 20 % del costo. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información. Todos los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago para servicios hospitalarios ambulatorios.
Servicios para la audición - Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio - Examen de audición de rutina - Ajuste/Evaluación de audífonos - Audífonos	Usted paga \$0 de copago para: 1 examen de audición de rutina al año Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio Nuestro plan paga hasta \$2,000 cada dos años para audífonos. Usted paga \$5 de copago para: 1 ajuste/evaluación de audífonos al año - Cada audífono

Primas y beneficios	Hernando
	Pasco
	001 Premier de Ultimate—Hernando 013 - 3 Premier de Ultimate—Pasco
Servicios dentales • <i>Servicios dentales preventivos</i> • <i>Servicios dentales completos</i> • <i>Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare</i>	Usted paga \$0 de copago para: • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 1 examen dental por rayos X al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 1 extracción simple al año • 1 empaste al año • Raspado y alisado radicular, limitado a 1 procedimiento por cuadrante al año. Un total de 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) al año • Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare

Lo que debe saber	Hernando
	Pasco
	014 - 1 Premier Plus de Ultimate—Hernando y Pasco
Los rayos X pueden incluir: • Serie de imágenes radiográficas intrabucales completas • Imagen radiográfica intrabucal periapical • Una imagen radiográfica de aleta de mordida única; o dos, tres o cuatro imágenes radiográficas de aleta de mordida • Imagen radiográfica panorámica • Las imágenes panorámicas y de boca completa están cubiertas cada 3 años. La extracción simple puede incluir: • Extracción de un diente erupcionado o de una raíz expuesta • Extracción de un diente erupcionado para la que haya que quitar el hueso o cortar el diente El empaste puede incluir: • Amalgama, una o más superficies, primaria o permanente • Compuesto a base de resina, una a tres superficies, anterior, cuatro o más superficies, incluyendo el ángulo incisal • Compuesto a base de resina, de una a tres superficies, posterior Un dentista general participante debe prestar los servicios. Nuestro plan cubre servicios dentales que no son de rutina, pero que son médicamente necesarios antes de hacer otro procedimiento médico cubierto por Medicare. El mantenimiento periodontal, la irrigación de las encías y la administración localizada de medicamentos antimicrobianos, como Arestin®, no están cubiertos, y el miembro es responsable del cargo extra, aunque el raspado/alisado radicular esté cubierto. Algunos servicios podrían requerir una autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información. <i>Para el plan 014-1 únicamente</i> Las dentaduras postizas pueden incluir 1 de las siguientes por arco dental cada 3 años: • Dentadura postiza completa, maxilar o mandibular • Dentadura postiza inmediata, maxilar o mandibular • Dentadura postiza parcial, maxilar o mandibular, con base de resina • Dentadura postiza parcial, maxilar o mandibular, en molde de metal, con base de resina • Dentadura postiza parcial, maxilar o mandibular, con base flexible	Usted paga \$0 de copago para: • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 1 examen dental por rayos X al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 1 extracción simple al año • 1 empaste al año • 1 limpieza quirúrgica completa de la boca cada 2 años • 1 punte dental/dentadura postiza por arco dental cada 3 años • Raspado y alisado radicular, limitado a 1 procedimiento por cuadrante al año. Un total de 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) al año • Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare

Primas y beneficios	Hernando
	Pasco
	001 Premier de Ultimate—Hernando 013 - 3 Premier de Ultimate—Pasco
Servicios para la vista • <i>Exámenes de la vista</i> • <i>Productos para la vista y lentes de contacto</i>	Nuestro plan cubre: • 1 examen de la vista de rutina al año • Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos Usted paga \$0 de copago para: • Examen con un optometrista Usted paga \$20 de copago para: • Examen con un oftalmólogo Nuestro plan paga hasta \$200 al año para productos para la vista. Usted paga \$0 de copago para: • Lentes de contacto O • 1 par de lentes para anteojos CR-39 estándar O • 1 montura para anteojos Usted paga \$50 de copago para: • Cambio a lentes progresivos Usted paga \$40 de copago para: • 1 par extra de anteojos de sol recetados al año O • \$30 de copago para lentes fotocromáticos Beneficio después de una cirugía de cataratas: • 1 montura de una selección especial O • Lentes para anteojos CR-39 estándar según sean médicamente necesarios, sin límite en la cantidad de lentes después de una cirugía de cataratas • En vez de anteojos, puede elegir lentes de contacto hasta alcanzar el límite del beneficio de \$200 para productos para la vista.

Primas y beneficios	Hernando	Lo que debe saber
	Pasco	
	014 - 1 Premier Plus de Ultimate—Hernando y Pasco	
Servicios para la vista • <i>Exámenes de la vista</i> • <i>Productos para la vista y lentes de contacto</i>	Nuestro plan cubre: • 1 examen de la vista de rutina al año • Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos Usted paga \$0 de copago para: • Examen con un optometrista Usted paga \$0 de copago por: • Examen con un oftalmólogo Nuestro plan paga hasta \$200 al año para productos para la vista. Usted paga \$0 de copago para: • Lentes de contacto O • 1 par de lentes para anteojos CR-39 estándar O • 1 montura para anteojos Usted paga \$50 de copago para: • Cambio a lentes progresivos Usted paga \$40 de copago para: • 1 par extra de anteojos de sol recetados al año • \$30 de copago para lentes fotocromáticos Beneficio después de una cirugía de cataratas: • 1 montura de una selección especial O • Lentes para anteojos CR-39 estándar según sean médicamente necesarios, sin límite en la cantidad de lentes después de una cirugía de cataratas • En vez de anteojos, puede elegir lentes de contacto hasta alcanzar el límite del beneficio de \$200 para productos para la vista.	• La cantidad anual del beneficio puede aplicarse únicamente a los lentes, únicamente a las monturas o a ambos. • Los lentes para anteojos estándar incluyen: ▶ Lentes monofocales ▶ Bifocales (FT 28) ▶ Trifocales (7 x 28) • El cambio a lentes progresivos no afecta el límite anual para productos para la vista. • El beneficio extra de anteojos de sol recetados se suma al beneficio para productos para la vista y no afecta el límite anual para ese beneficio. Este beneficio se puede usar una vez al año. • Beneficio extra de anteojos de sol recetados O lentes fotocromáticos con: • Opción de elegir anteojos de sol recetados con lentes polarizados (grises o marrones) y monturas especiales O lentes fotocromáticos. • Los anteojos de sol recetados con lentes polarizados (grises o marrones) están sujetos a \$40 de copago. • Los lentes fotocromáticos están sujetos a \$30 de copago. • La adaptación de lentes de contacto no es un beneficio cubierto.

Primas y beneficios	Hernando
	Pasco
	001 Premier de Ultimate—Hernando 013 - 3 Premier de Ultimate—Pasco
Servicios de salud mental • <i>Estancia en el hospital</i> • <i>Consultas ambulatorias de terapia de grupo</i> • <i>Consultas ambulatorias de terapia individual</i>	Estancia en el hospital • Usted paga \$125 de copago por día entre los días 1 y 5. • Usted paga \$0 de copago por día entre los días 6 y 90. Consultas ambulatorias de terapia de grupo • Usted paga \$10 de copago por sesión. Consultas ambulatorias de terapia individual • Usted paga \$20 de copago por sesión.
Centro de enfermería especializada	Usted paga \$0 de copago por día entre los días 1 y 20. Usted paga \$150 de copago por día entre los días 21 y 40. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 41 y 100.

Primas y beneficios	Hernando	Lo que debe saber
	Pasco	
	014 - 1 Premier Plus de Ultimate—Hernando y Pasco	
Estancia en el hospital • Usted paga \$0 de copago. Consultas ambulatorias de terapia de grupo • Usted paga \$0 de copago por sesión. Consultas ambulatorias de terapia individual • Usted paga \$0 de copago por sesión.		Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental con estancia en un hospital psiquiátrico. A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
	Usted paga \$0 de copago por día entre los días 1 y 20. Usted paga \$150 de copago por día entre los días 21 y 31. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 32 y 100.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF). Los copagos para los beneficios de SNF se basan en los períodos de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en el que lo ingresan como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención en un centro de enfermería especializada durante 60 días seguidos. Si lo ingresan en un centro de enfermería especializada después de que el período de beneficio haya terminado, comenzará un nuevo período de beneficio. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficio. Algunos servicios requieren una derivación o autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Primas y beneficios	Hernando
	Pasco
	001 Premier de Ultimate—Hernando 013 - 3 Premier de Ultimate—Pasco
Fisioterapia • Consulta con un fisioterapeuta • Servicios para patologías del habla y del lenguaje • Consulta de terapia ocupacional	Usted paga \$20 de copago por consulta. • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje Usted paga \$20 de copago por consulta. • Terapia ocupacional
Ambulancia	Usted paga \$150 de copago para el beneficio de traslado de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Usted paga el 20 % del costo del beneficio de traslado de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare.
Transporte	Usted paga \$0 de copago para un máximo de 20 traslados : • 8 traslados de ida (4 traslados de ida y vuelta) al consultorio del proveedor de atención primaria, al oculista, a un especialista o a diálisis, Y • 12 traslados (6 traslados de ida y vuelta) a fisioterapia
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20 % del costo de: • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos y medios de contraste de la Parte B inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B Para los antibióticos intravenosos cubiertos, usted paga \$0 de copago cuando el servicio se presta con servicios de atención médica a domicilio.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Primas y beneficios	Hernando	Lo que debe saber
	Pasco	
	014 - 1 Premier Plus de Ultimate—Hernando y Pasco	
Fisioterapia • Consulta con un fisioterapeuta • Servicios para patologías del habla y del lenguaje • Consulta de terapia ocupacional	Usted paga \$5 de copago por consulta. • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje Usted paga \$0 de copago por consulta. • Terapia ocupacional	Algunos servicios podrían requerir una remisión y una autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información. Los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago hospitalario ambulatorio.
Ambulancia	Usted paga \$150 de copago para el beneficio de traslado de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Usted paga el 20 % del costo del beneficio de traslado de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare.	A menos que sea una emergencia, este servicio podría requerir una autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Transporte	Usted paga \$0 de copago para traslados ilimitados al consultorio del proveedor de atención primaria, al oculista, a un especialista, a diálisis o a fisioterapia.	Los traslados deben hacerse a un centro médico aprobado por el plan en taxi, un servicio de vehículo compartido, autobús, furgoneta o transporte médico (según lo programe el plan). Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20 % del costo de: • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos y medios de contraste de la Parte B inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B Para los antibióticos intravenosos cubiertos, usted paga \$0 de copago cuando el servicio se presta con servicios de atención médica a domicilio.	El copago correspondiente al especialista se aplica cuando el servicio se presta en una visita en el consultorio del médico/especialista. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.

Primas y beneficios	Hernando
	Pasco
	001 Premier de Ultimate—Hernando 013 - 3 Premier de Ultimate—Pasco
Atención de los pies (servicios de podología) Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare	Usted paga \$20 de copago por consulta.
Atención de emergencia internacional	Usted paga \$75 por consulta.
Programa de bienestar - Programa de actividad física SilverSneakers® - Educación para la salud - Servicios extra para dejar de fumar y de usar tabaco	Usted no paga nada.
Servicios de atención quiropráctica	Usted paga \$20 de copago por consulta para: - Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare Usted paga \$20 de copago por consulta para: - Hasta 12 consultas de atención quiropráctica de rutina al año
Acupuntura	Usted paga \$20 de copago por consulta para: Hasta 6 consultas al año
Masaje terapéutico	Usted paga \$20 de copago por consulta para: Hasta 4 consultas al año
Productos de venta sin receta	Usted no paga nada por productos, medicamentos y artículos de venta sin receta hasta alcanzar \$50 al mes, lo que equivale a un beneficio anual de \$600 .

Hernando		Lo que debe saber
Pasco		
014 - 1 Premier Plus de Ultimate—Hernando y Pasco		
Usted paga \$0 por consulta.		Se debe tener una remisión. Comuníquese con el plan para obtener más información.
Usted paga \$100 por consulta.		Pagamos hasta \$50,000 para servicios de emergencia cubiertos que se reciban fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Consulte la página 88 para obtener más información.
Usted no paga nada.		Consulte la página 87 para ver una descripción de los programas de bienestar que tenemos.
Usted paga \$0 de copago por consulta para: - Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare Usted paga \$10 de copago por consulta para: - Hasta 12 consultas de atención quiropráctica de rutina al año		Los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare incluyen el ajuste manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna vertebral se corren de su posición).
Usted paga \$10 de copago por consulta para: Hasta 6 consultas al año		Se debe tener una remisión. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$10 de copago por consulta para: Hasta 4 consultas al año		Solo un masoterapeuta autorizado por el Estado puede dar sesiones de masaje terapéutico. El masaje debe ser indicado por un médico o profesional médico, según se define en el plan, y debe estar relacionado con la salud.
Usted no paga nada por productos, medicamentos y artículos de venta sin receta hasta alcanzar \$50 al mes, lo que equivale a un beneficio anual de \$600.		La cantidad del beneficio no es acumulable mes a mes. Consulte la página 85 para obtener más información.

Primas y beneficios	Hernando
	Pasco
	001 Premier de Ultimate—Hernando 013 - 3 Premier de Ultimate—Pasco
Servicios de telemedicina	Usted paga \$0 de copago por consulta para: - Servicios de telemedicina de atención primaria, incluyendo la Línea de Orientación de Enfermería las 24 horas Usted paga \$20 de copago por consulta para: - Servicios de telemedicina con un especialista - Servicios de telemedicina de salud mental
Beneficios de comidas	Usted paga \$0 de copago para las comidas inmediatamente después de una estancia en el hospital.
Equipos/Suministros médicos - Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) - Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, prótesis para las extremidades) - Suministros para la diabetes	Usted paga el 20 % del costo de: - Equipo médico duradero (DME) - Prótesis Usted paga \$0 de copago para: - Suministros para el control de la diabetes - Capacitación para el autocontrol de la diabetes - Calzado para personas con diabetes

Hernando		Lo que debe saber
Pasco		
014 - 1 Premier Plus de Ultimate—Hernando y Pasco		
Usted paga \$0 de copago por consulta para: • Servicios de telemedicina de atención primaria, incluyendo la Línea de Orientación de Enfermería las 24 horas • Servicios de telemedicina con un especialista • Servicios de telemedicina de salud mental		Se requiere una remisión para recibir servicios de telemedicina con un especialista. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$0 de copago para las comidas inmediatamente después de una estancia en el hospital.		Se dan dos comidas por día durante 7 días, siempre que las pida un médico o un administrador de casos.
Usted paga el 20 % del costo de: • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis Usted paga \$0 de copago para: • Suministros para el control de la diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Calzado para personas con diabetes		Algunos servicios requieren una autorización. Comuníquese con su plan para obtener más información.

¿Cuánto debo pagar en cada etapa?

LO QUE DEBE SABER

Lo que deberá pagar por un medicamento dependerá de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté en el momento de la compra. Dado que estos planes no tienen deducibles, usted comenzará en la etapa de cobertura inicial.

En esta etapa, nuestro plan también cubre algunos tipos seleccionados de insulina. Usted paga entre \$25 y \$35 de copago para estos tipos de insulina. Para saber cuáles son los tipos seleccionados de insulina, consulte la lista de medicamentos del plan (también llamada “el formulario”).

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un intervalo sin cobertura (también llamado “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en la cantidad que usted debe pagar por sus medicamentos. El intervalo sin cobertura comienza cuando el costo total de medicamentos al año (incluyendo lo que han pagado usted y nuestro plan) alcanza los \$4,130.

No todos los miembros tienen el intervalo sin cobertura.

Si usted tiene el intervalo sin cobertura, nuestros planes continuarán cubriendo los medicamentos del grupo 1 (genéricos preferidos). Para los medicamentos del grupo 1, usted debe pagar las cantidades indicadas abajo o el 25 % del costo del plan, lo que sea menor. Además, en la etapa de intervalo sin cobertura, sus costos de bolsillo para tipos seleccionados de insulina serán de \$25 a \$35.

Para los medicamentos de marca cubiertos, usted pagará el 25 % del precio (más un porcentaje de la tasa de dispensado) cuando esté en el intervalo sin cobertura. La etapa de intervalo sin cobertura se extenderá hasta que los costos que usted haya pagado sumen \$6,550. En ese momento, terminará el intervalo sin cobertura y comenzará la etapa de cobertura para catástrofes, durante la que el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

La distribución de costos puede variar según la farmacia que elija (es decir, si está dentro de la red, está fuera de la red, es de venta por correo, presta servicios de largo plazo [LTC], presta servicios de infusión a domicilio, etc.), la cantidad de suministro (es decir, si es para 30 o 90 días) y si usted entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Si usted reside en un centro de atención de largo plazo y usa una farmacia con servicio de atención de largo plazo (LTC), pagará la misma cantidad que en una farmacia.

Usted puede comprar medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero quizá pague más que en una farmacia dentro de la red. Para obtener más información sobre la distribución de costos específica para farmacias y las etapas de beneficio, llámenos o acceda a nuestra Constancia de Cobertura en línea.



001 - Premier de Ultimate/013 - 3 Premier de Ultimate			
Pasco	Cobertura inicial	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> - Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> - Usted paga \$35 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> - Usted paga \$60 por medicamento recetado. <u>Grupo 4: medicamentos de especialidad</u> - Usted paga el 33 % del costo.	FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> - Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> - Usted paga \$70 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> - Usted paga \$120 por medicamento recetado.
	Intervalo sin cobertura	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> Usted paga \$0 por medicamento recetado.	FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> Usted paga \$0 por medicamento recetado.

014 - 1 Premier Plus de Ultimate			
Pasco	Cobertura inicial	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> - Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> - Usted paga \$25 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> - Usted paga \$50 por medicamento recetado. <u>Grupo 4: medicamentos de especialidad</u> - Usted paga el 33 % del costo.	FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> - Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> - Usted paga \$50 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> - Usted paga \$100 por medicamento recetado.
	Intervalo sin cobertura	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> Usted paga \$0 por medicamento recetado.	FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> Usted paga \$0 por medicamento recetado.



**Marion
Lake
Sumter**

028 Premier de Ultimate
016 Premier Plus de Ultimate

La salud está a su alcance.

Marion

Lake

Sumter

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Primas y beneficios	Marion
	Lake
	Sumter
	028 - Premier de Ultimate
Prima mensual del plan	Usted paga \$0.
Reducción de la prima de la Parte B	Ultimate Health Plans reducirá de su prima de la Parte B de Medicare hasta \$110.00 al mes.
Deducible	Este plan no tiene deducibles.
Gasto máximo de bolsillo	\$2,800
Cobertura de hospitalización	Usted paga \$170 de copago por día entre los días 1 y 5. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 6 y 90.
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios	Usted paga \$25 de copago por consulta para servicios en un centro de cirugía ambulatoria. Usted paga \$150 de copago por consulta para servicios hospitalarios ambulatorios.
Consultas con el médico (Proveedores de atención primaria y especialistas)	Usted paga \$0 de copago por consulta con proveedores de atención primaria. Usted paga \$20 de copago por consulta con especialistas.
Atención preventiva	Usted no paga nada.
Atención de emergencia	Usted paga \$75 de copago por consulta.
Servicios de urgencia	Usted paga \$10 de copago por consulta.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

	Marion	Lo que debe saber
	Lake	
	Sumter	
	016 - Premier Plus de Ultimate	
	Usted paga \$0.	
	No aplicable a este plan	Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
	Este plan no tiene deducibles.	
	\$3,400	Esta cantidad es el máximo que usted pagará en copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos dentro de la red al año. No se incluyen los medicamentos de la Parte D.
	Usted paga \$0 de copago por día entre los días 1 y 5. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 6 y 90.	A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
	Usted paga \$25 de copago por consulta para servicios en un centro de cirugía ambulatoria. Usted paga \$150 de copago por consulta para servicios hospitalarios ambulatorios.	Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
	Usted paga \$0 de copago por consulta con proveedores de atención primaria. Usted paga \$20 de copago por consulta con especialistas.	Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
	Usted no paga nada.	Cubrimos todos los servicios preventivos que cubre Medicare Original sin costo para usted. También se cubrirán los otros servicios preventivos que Medicare apruebe durante el año del contrato. Algunos servicios requieren una derivación o autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información. Consulte la página 89 para obtener más información sobre los servicios preventivos que cubrimos.
	Usted paga \$100 de copago por consulta.	Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponda a usted por la atención de emergencia. También cubrimos atención de emergencia complementaria internacional (consulte Atención de emergencia internacional en la página 88).
	Usted paga \$10 de copago por consulta.	Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponda a usted por los servicios de urgencia.

Primas y beneficios	Marion
	Lake
	Sumter
	028 - Premier de Ultimate
Servicios de diagnóstico Laboratorio/Diagnóstico por imágenes - Servicios de laboratorio - Examen de rayos X ambulatorio - Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Servicios de radiología diagnóstica - Servicios de radiología terapéutica	Servicios de laboratorio - Usted paga \$0 de copago. Examen de rayos X ambulatorio - Usted paga \$0 de copago. Pruebas y procedimientos de diagnóstico Usted paga lo siguiente: \$25 de copago para colonoscopias, endoscopias y otros procedimientos de diagnóstico similares, y pruebas de la función pulmonar y de la función tiroidea \$150 de copago para estudios del sueño y exámenes psicológicos Servicios de radiología diagnóstica Usted paga lo siguiente, además del copago para la visita en el consultorio: \$25 de copago para ecografías y ecocardiografías \$50 de copago para pruebas de esfuerzo y de conducción nerviosa, tomografías computarizadas (CT), y resonancias magnéticas (MRI) \$150 de copago para angiografías por tomografía computarizada (CTA), angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías por emisión de positrones (PET), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT) y otras pruebas de medicina nuclear Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): 20 % del costo. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información. Todos los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago para servicios hospitalarios ambulatorios.
Servicios para la audición - Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio - Examen de audición de rutina - Ajuste/Evaluación de audífonos - Audífonos	Usted paga \$0 de copago para: 1 examen de audición de rutina al año Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio Nuestro plan paga hasta \$2,000 cada dos años para audífonos. Usted paga \$10 de copago para: 1 ajuste/evaluación de audífonos al año - Cada audífono

Primas y beneficios	Marion
	Lake
	Sumter
	016 - Premier Plus de Ultimate
Servicios de diagnóstico Laboratorio/Diagnóstico por imágenes - Servicios de laboratorio - Examen de rayos X ambulatorio - Pruebas y procedimientos de diagnóstico - Servicios de radiología diagnóstica - Servicios de radiología terapéutica	Servicios de laboratorio - Usted paga \$0 de copago. Examen de rayos X ambulatorio - Usted paga \$0 de copago. Pruebas y procedimientos de diagnóstico Usted paga lo siguiente: \$25 de copago para colonoscopias, endoscopias y otros procedimientos de diagnóstico similares, y pruebas de la función pulmonar y de la función tiroidea \$50 de copago para pruebas de la función pulmonar y de la función tiroidea \$150 de copago para estudios del sueño y exámenes psicológicos Servicios de radiología diagnóstica Usted paga lo siguiente, además del copago para la visita en el consultorio: \$25 de copago para ecografías y ecocardiografías \$50 de copago para pruebas de esfuerzo y de conducción nerviosa, \$75 de copago para tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), angiografías por tomografía computarizada (CTA) y angiografías por resonancia magnética (MRA) \$150 de copago para tomografías por emisión de positrones (PET), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT) y otras pruebas de medicina nuclear Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): 20 % del costo. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información. Todos los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago para servicios hospitalarios ambulatorios.
Servicios para la audición - Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio - Examen de audición de rutina - Ajuste/Evaluación de audífonos - Audífonos	Usted paga \$0 de copago para: 1 examen de audición de rutina al año Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio Nuestro plan paga hasta \$2,000 cada dos años para audífonos. Usted paga \$5 de copago para: 1 ajuste/evaluación de audífonos al año - Cada audífono

Primas y beneficios	Marion
	Lake
	Sumter
	028 - Premier de Ultimate
Servicios dentales • <i>Servicios dentales preventivos</i> • <i>Servicios dentales completos</i> • <i>Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare</i>	Usted paga \$0 de copago para: • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 1 examen dental por rayos X al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 1 extracción simple al año • 1 empaste al año • Raspado y alisado radicular, limitado a 1 procedimiento por cuadrante al año. Un total de 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) al año • Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare

	Marion	Lo que debe saber
	Lake	
	Sumter	
	016 - Premier Plus de Ultimate	
	Usted paga \$0 de copago para: • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 1 examen dental por rayos X al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 1 extracción simple al año • 1 empaste al año • 1 limpieza quirúrgica completa de la boca cada 2 años • Raspado y alisado radicular, limitado a 1 procedimiento por cuadrante al año. Un total de 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) al año • Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare	Los rayos X pueden incluir: • Serie de imágenes radiográficas intrabucales completas • Imagen radiográfica intrabucal periapical • Una imagen radiográfica de aleta de mordida única; o dos, tres o cuatro imágenes radiográficas de aleta de mordida • Imagen radiográfica panorámica • Las imágenes panorámicas y de boca completa están cubiertas cada 3 años. La extracción simple puede incluir: • Extracción de un diente erupcionado o de una raíz expuesta • Extracción de un diente erupcionado para la que haya que quitar el hueso o cortar el diente El empaste puede incluir: • Amalgama, una o más superficies, primaria o permanente • Compuesto a base de resina, una a tres superficies, anterior, cuatro o más superficies, incluyendo el ángulo incisal • Compuesto a base de resina, de una a tres superficies, posterior Un dentista general participante debe prestar los servicios. Nuestro plan cubre servicios dentales que no son de rutina, pero que son médicamente necesarios antes de hacer otro procedimiento médico cubierto por Medicare. El mantenimiento periodontal, la irrigación de las encías y la administración localizada de medicamentos antimicrobianos, como Arestin®, no están cubiertos, y el miembro es responsable del cargo extra, aunque el raspado/alisado radicular esté cubierto. Algunos servicios podrían requerir una autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información.

Primas y beneficios	Marion
	Lake
	Sumter
	028 - Premier de Ultimate
Servicios para la vista - Exámenes de la vista - Productos para la vista y lentes de contacto	Nuestro plan cubre: 1 examen de la vista de rutina al año - Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos Usted paga \$0 de copago para: - Examen con un optometrista Usted paga \$20 de copago para: - Examen con un oftalmólogo Nuestro plan paga hasta \$200 al año para productos para la vista. Usted paga \$0 de copago para: - Lentes de contacto O 1 par de lentes para anteojos CR-39 estándar O 1 montura para anteojos Usted paga \$50 de copago para: - Cambio a lentes progresivos Usted paga \$40 de copago para: 1 par extra de anteojos de sol recetados al año O \$30 de copago para lentes fotocromáticos Beneficio después de una cirugía de cataratas: 1 montura de una selección especial O - Lentes para anteojos CR-39 estándar según sean médicamente necesarios, sin límite en la cantidad de lentes después de una cirugía de cataratas - En vez de anteojos, puede elegir lentes de contacto hasta alcanzar el límite del beneficio de \$200 para productos para la vista.

Primas y beneficios	Marion	Lo que debe saber
	Lake	
	Sumter	
	016 - Premier Plus de Ultimate	
Servicios para la vista - Exámenes de la vista - Productos para la vista y lentes de contacto	Nuestro plan cubre: 1 examen de la vista de rutina al año - Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos Usted paga \$0 de copago para: - Examen con un optometrista Usted paga \$20 de copago para: - Examen con un oftalmólogo Nuestro plan paga hasta \$200 al año para productos para la vista. Usted paga \$0 de copago para: - Lentes de contacto O 1 par de lentes para anteojos CR-39 estándar O 1 montura para anteojos Usted paga \$50 de copago para: - Cambio a lentes progresivos Usted paga \$40 de copago para: 1 par extra de anteojos de sol recetados al año \$30 de copago para lentes fotocromáticos Beneficio después de una cirugía de cataratas: 1 montura de una selección especial O - Lentes para anteojos CR-39 estándar según sean médicamente necesarios, sin límite en la cantidad de lentes después de una cirugía de cataratas - En vez de anteojos, puede elegir lentes de contacto hasta alcanzar el límite del beneficio de \$200 para productos para la vista.	- La cantidad anual del beneficio puede aplicarse únicamente a los lentes, únicamente a las monturas o a ambos. - Los lentes para anteojos estándar incluyen: - Lentes monofocales - Bifocales (FT 28) - Trifocales (7 x 28) - El cambio a lentes progresivos no afecta el límite anual para productos para la vista. - El beneficio extra de anteojos de sol recetados se suma al beneficio para productos para la vista y no afecta el límite anual para ese beneficio. Este beneficio se puede usar una vez al año. - Beneficio extra de anteojos de sol recetados O lentes fotocromáticos con: - Opción de elegir anteojos de sol recetados con lentes polarizados (grises o marrones) y monturas especiales O lentes fotocromáticos. - Los anteojos de sol recetados con lentes polarizados (grises o marrones) están sujetos a \$40 de copago. - Los lentes fotocromáticos están sujetos a \$30 de copago. - La adaptación de lentes de contacto no es un beneficio cubierto.

Primas y beneficios	Marion
	Lake
	Sumter
	028 - Premier de Ultimate
Servicios de salud mental • <i>Estancia en el hospital</i> • <i>Consultas ambulatorias de terapia de grupo</i> • <i>Consultas ambulatorias de terapia individual</i>	Estancia en el hospital • Usted paga \$170 de copago por día entre los días 1 y 5. • Usted paga \$0 de copago por día entre los días 6 y 90. Consultas ambulatorias de terapia de grupo • Usted paga \$10 de copago por sesión. Consultas ambulatorias de terapia individual • Usted paga \$20 de copago por sesión.
Centro de enfermería especializada	Usted paga \$0 de copago por día entre los días 1 y 20. Usted paga \$150 de copago por día entre los días 21 y 40. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 41 y 100.

	Marion	Lo que debe saber
	Lake	
	Sumter	
	016 - Premier Plus de Ultimate	
Estancia en el hospital • Usted paga \$0 de copago. Consultas ambulatorias de terapia de grupo • Usted paga \$10 de copago por sesión. Consultas ambulatorias de terapia individual • Usted paga \$20 de copago por sesión.		Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental con estancia en un hospital psiquiátrico. A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$0 de copago por día entre los días 1 y 20. Usted paga \$150 de copago por día entre los días 21 y 44. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 45 y 100.		Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF). Los copagos para los beneficios de SNF se basan en los períodos de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en el que lo ingresan como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención en un centro de enfermería especializada durante 60 días seguidos. Si lo ingresan en un centro de enfermería especializada después de que el período de beneficio haya terminado, comenzará un nuevo período de beneficio. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficio. Algunos servicios requieren una derivación o autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información.

Primas y beneficios	Marion
	Lake
	Sumter
	028 - Premier de Ultimate
Fisioterapia • Consulta con un fisioterapeuta • Servicios para patologías del habla y del lenguaje • Consulta de terapia ocupacional	Usted paga \$20 de copago por consulta. • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje Usted paga \$20 de copago por consulta. • Terapia ocupacional
Ambulancia	Usted paga \$150 de copago para el beneficio de traslado de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Usted paga el 20 % del costo del beneficio de traslado de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare.
Transporte	Usted paga \$0 de copago para un máximo de 20 traslados : • 8 traslados de ida (4 traslados de ida y vuelta) al consultorio del proveedor de atención primaria, al oculista, a un especialista o a diálisis, Y • 12 traslados (6 traslados de ida y vuelta) a fisioterapia
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20 % del costo de: • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos y medios de contraste de la Parte B inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B Para los antibióticos intravenosos cubiertos, usted paga \$0 de copago cuando el servicio se presta con servicios de atención médica a domicilio.

	Marion	Lo que debe saber
	Lake	
	Sumter	
	016 - Premier Plus de Ultimate	
	Usted paga \$20 de copago por consulta. • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje Usted paga \$20 de copago por consulta. • Terapia ocupacional	Algunos servicios podrían requerir una remisión y una autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información. Los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago hospitalario ambulatorio.
	Usted paga \$150 de copago para el beneficio de traslado de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Usted paga el 20 % del costo del beneficio de traslado de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare.	A menos que sea una emergencia, este servicio podría requerir una autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información.
	Usted paga \$0 de copago para un máximo de 20 traslados : • 8 traslados de ida (4 traslados de ida y vuelta) al consultorio del proveedor de atención primaria, al oculista, a un especialista o a diálisis, Y • 12 traslados (6 traslados de ida y vuelta) a fisioterapia	Los traslados deben hacerse a un centro médico aprobado por el plan en taxi, un servicio de vehículo compartido, autobús, furgoneta o transporte médico (según lo programe el plan). Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
	Usted paga el 20 % del costo de: • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos y medios de contraste de la Parte B inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B Para los antibióticos intravenosos cubiertos, usted paga \$0 de copago cuando el servicio se presta con servicios de atención médica a domicilio.	El copago correspondiente al especialista se aplica cuando el servicio se presta en una visita en el consultorio del médico/especialista. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.

Primas y beneficios	Marion
	Lake
	Sumter
	028 - Premier de Ultimate
Atención de los pies (servicios de podología) Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare	Usted paga \$20 de copago por consulta.
Atención de emergencia internacional	Usted paga \$75 por consulta.
Programa de bienestar - Programa de actividad física SilverSneakers® - Educación para la salud - Servicios extra para dejar de fumar y de usar tabaco	Usted no paga nada.
Servicios de atención quiropráctica	Usted paga \$20 de copago por consulta para: - Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare Usted paga \$20 de copago por consulta para: - Hasta 12 consultas de atención quiropráctica de rutina al año
Acupuntura	Usted paga \$20 de copago por consulta para: Hasta 6 consultas al año
Masaje terapéutico	Usted paga \$20 de copago por consulta para: Hasta 4 consultas al año
Productos de venta sin receta	Usted no paga nada por productos, medicamentos y artículos de venta sin receta hasta alcanzar \$45 al mes, lo que equivale a un beneficio anual de \$540 .

	Marion	Lo que debe saber
	Lake	
	Sumter	
	016 - Premier Plus de Ultimate	
	Usted paga \$20 de copago por consulta.	Se debe tener una remisión. Comuníquese con el plan para obtener más información.
	Usted paga \$100 por consulta.	Pagamos hasta \$50,000 para servicios de emergencia cubiertos que se reciban fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Consulte la página 88 para obtener más información.
	Usted no paga nada.	Consulte la página 87 para ver una descripción de los programas de bienestar que tenemos.
	Usted paga \$0 de copago por consulta para: - Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare Usted paga \$20 de copago por consulta para: - Hasta 12 consultas de atención quiropráctica de rutina al año	Los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare incluyen el ajuste manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna vertebral se corren de su posición).
	Usted paga \$20 de copago por consulta para: Hasta 6 consultas al año	Se debe tener una remisión. Comuníquese con su plan para obtener más información.
	Usted paga \$20 de copago por consulta para: Hasta 4 consultas al año	Solo un masoterapeuta autorizado por el Estado puede dar sesiones de masaje terapéutico. El masaje debe ser indicado por un médico o profesional médico, según se define en el plan, y debe estar relacionado con la salud.
	Usted no paga nada por productos, medicamentos y artículos de venta sin receta hasta alcanzar \$45 al mes, lo que equivale a un beneficio anual de \$540 .	La cantidad del beneficio no es acumulable trimestre a trimestre. Consulte la página 85 para obtener más información.

Primas y beneficios	Marion
	Lake
	Sumter
	028 - Premier de Ultimate
Servicios de telemedicina	Usted paga \$0 de copago por consulta para: - Servicios de telemedicina de atención primaria, incluyendo la Línea de Orientación de Enfermería las 24 horas Usted paga \$20 de copago por consulta para: - Servicios de telemedicina con un especialista - Servicios de telemedicina de salud mental
Beneficios de comidas	Usted paga \$0 de copago para las comidas inmediatamente después de una estancia en el hospital.
Equipos/Suministros médicos - Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) - Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, prótesis para las extremidades) - Suministros para la diabetes	Usted paga el 20 % del costo de: Equipo médico duradero (DME) Prótesis Usted paga \$0 de copago para: Suministros para el control de la diabetes Capacitación para el autocontrol de la diabetes Calzado para personas con diabetes

	Marion	Lo que debe saber
	Lake	
	Sumter	
	016 - Premier Plus de Ultimate	
	Usted paga \$0 de copago por consulta para: - Servicios de telemedicina de atención primaria, incluyendo la Línea de Orientación de Enfermería las 24 horas Usted paga \$20 de copago por consulta para: - Servicios de telemedicina con un especialista - Servicios de telemedicina de salud mental	Se requiere una remisión para recibir servicios de telemedicina con un especialista. Comuníquese con su plan para obtener más información.
	Usted paga \$0 de copago para las comidas inmediatamente después de una estancia en el hospital.	Se dan dos comidas por día durante 7 días, siempre que las pida un médico o un administrador de casos.
	Usted paga el 20 % del costo de: Equipo médico duradero (DME) Prótesis Usted paga \$0 de copago para: Suministros para el control de la diabetes Capacitación para el autocontrol de la diabetes Calzado para personas con diabetes	Algunos servicios requieren una autorización. Comuníquese con su plan para obtener más información.

¿Cuánto debo pagar en cada etapa?

LO QUE DEBE SABER

Lo que deberá pagar por un medicamento dependerá de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté en el momento de la compra. Dado que estos planes no tienen deducibles, usted comenzará en la etapa de cobertura inicial.

En esta etapa, nuestro plan también cubre algunos tipos seleccionados de insulina. Usted paga entre \$25 y \$35 de copago para estos tipos de insulina. Para saber cuáles son los tipos seleccionados de insulina, consulte la lista de medicamentos del plan (también llamada “el formulario”).

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un intervalo sin cobertura (también llamado “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en la cantidad que usted debe pagar por sus medicamentos. El intervalo sin cobertura comienza cuando el costo total de medicamentos al año (incluyendo lo que han pagado usted y nuestro plan) alcanza los \$4,130. No todos los miembros tienen el intervalo sin cobertura.

Si usted tiene el intervalo sin cobertura, nuestros planes continuarán cubriendo los medicamentos del grupo 1 (genéricos preferidos). Para los medicamentos del grupo 1, usted debe pagar las cantidades indicadas abajo o el 25 % del costo del plan, lo que sea menor. Además, en la etapa de intervalo sin cobertura, sus costos de bolsillo para tipos seleccionados de insulina serán de \$25 a \$35.

Para los medicamentos de marca cubiertos, usted pagará el 25 % del precio (más un porcentaje de la tasa de dispensado) cuando esté en el intervalo sin cobertura. La etapa de intervalo sin cobertura se extenderá hasta que los costos que usted haya pagado sumen \$6,550. En ese momento, terminará el intervalo sin cobertura y comenzará la etapa de cobertura para catástrofes, durante la que el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

La distribución de costos puede variar según la farmacia que elija (es decir, si está dentro de la red, está fuera de la red, es de venta por correo, presta servicios de largo plazo [LTC], presta servicios de infusión a domicilio, etc.), la cantidad de suministro (es decir, si es para 30 o 90 días) y si usted entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Si usted reside en un centro de atención de largo plazo y usa una farmacia con servicio de atención de largo plazo (LTC), pagará la misma cantidad que en una farmacia.

Usted puede comprar medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero quizá pague más que en una farmacia dentro de la red. Para obtener más información sobre la distribución de costos específica para farmacias y las etapas de beneficio, llámenos o acceda a nuestra Constancia de Cobertura en línea.

016 - Premier Plus de Ultimate		
Sumter	Cobertura inicial	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> • Usted paga \$30 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> • Usted paga \$70 por medicamento recetado. <u>Grupo 4: medicamentos de especialidad</u> • Usted paga el 33 % del costo.
		FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> • Usted paga \$60 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> • Usted paga \$140 por medicamento recetado.
Lake	Intervalo sin cobertura	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado.
		FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado.
Marion	Intervalo sin cobertura	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado.
		FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado.

028 - Premier de Ultimate		
Sumter	Cobertura inicial	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> • Usted paga \$35 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> • Usted paga \$60 por medicamento recetado. <u>Grupo 4: medicamentos de especialidad</u> • Usted paga el 33 % del costo.
		FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> • Usted paga \$70 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> • Usted paga \$120 por medicamento recetado.
Lake	Intervalo sin cobertura	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado.
		FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado.
Marion	Intervalo sin cobertura	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado.
		FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> • Usted paga \$0 por medicamento recetado.





**Pinellas
Hillsborough**

011 Premier de Ultimate
012 Premier Plus de Ultimate

La salud está a su alcance.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Primas y beneficios	Pinellas
	Hillsborough
	011 - Premier de Ultimate
Prima mensual del plan	Usted paga \$0.
Reducción de la prima de la Parte B	Ultimate Health Plans reducirá de su prima de la Parte B de Medicare hasta \$130.00 al mes.
Deducible	Este plan no tiene deducibles.
Gasto máximo de bolsillo	\$2,800
Cobertura de hospitalización	Usted paga \$120 de copago por día entre los días 1 y 5. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 6 y 90.
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios	Usted paga \$25 de copago por consulta para servicios en un centro de cirugía ambulatoria. Usted paga \$150 de copago por consulta para servicios hospitalarios ambulatorios.
Consultas con el médico (Proveedores de atención primaria y especialistas)	Usted paga \$0 de copago por consulta con proveedores de atención primaria. Usted paga \$20 de copago por consulta con especialistas.
Atención preventiva	Usted no paga nada.
Atención de emergencia	Usted paga \$75 de copago por consulta.
Servicios de urgencia	Usted paga \$10 de copago por consulta.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Pinellas Hillsborough	Lo que debe saber
012 - Premier Plus de Ultimate	
Usted paga \$0.	
No aplicable a este plan	Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Este plan no tiene deducibles.	
\$1,500	Esta cantidad es el máximo que usted pagará en copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos dentro de la red al año. No se incluyen los medicamentos de la Parte D.
Usted paga \$0 de copago.	A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$25 de copago por consulta para servicios en un centro de cirugía ambulatoria . Usted paga \$100 de copago por consulta para servicios hospitalarios ambulatorios .	Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$0 de copago por consulta con proveedores de atención primaria y especialistas .	Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted no paga nada.	Cubrimos todos los servicios preventivos que cubre Medicare Original sin costo para usted. También se cubrirán los otros servicios preventivos que Medicare apruebe durante el año del contrato. Algunos servicios requieren una derivación o autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información. Consulte la página 89 para obtener más información sobre los servicios preventivos que cubrimos.
Usted paga \$50 de copago por consulta.	Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponda a usted por la atención de emergencia. También cubrimos atención de emergencia complementaria internacional (consulte Atención de emergencia internacional en la página 88).
Usted paga \$10 de copago por consulta.	Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponda a usted por los servicios de urgencia.

Primas y beneficios	Pinellas
	Hillsborough
	011 - Premier de Ultimate
Servicios de diagnóstico Laboratorio/Diagnóstico por imágenes • <i>Servicios de laboratorio</i> • <i>Examen de rayos X ambulatorio</i> • <i>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</i> • <i>Servicios de radiología diagnóstica</i> • <i>Servicios de radiología terapéutica</i>	Servicios de laboratorio • Usted paga \$0 de copago. Examen de rayos X ambulatorio • Usted paga \$0 de copago. Pruebas y procedimientos de diagnóstico Usted paga lo siguiente: • \$25 de copago para colonoscopias, endoscopias y otros procedimientos de diagnóstico similares, y pruebas de la función pulmonar y de la función tiroidea • \$75 de copago para estudios del sueño y exámenes psicológicos Servicios de radiología diagnóstica Usted paga lo siguiente, además del copago para la visita en el consultorio: • \$25 de copago para ecografías y ecocardiografías • \$50 de copago para pruebas de esfuerzo y de conducción nerviosa, tomografías computarizadas (CT), y resonancias magnéticas (MRI) • \$100 de copago para angiografías por tomografía computarizada (CTA), angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías por emisión de positrones (PET), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT) y otras pruebas de medicina nuclear Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): • 20 % del costo. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información. Todos los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago para servicios hospitalarios ambulatorios.
Servicios para la audición • <i>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</i> • <i>Examen de audición de rutina</i> • <i>Ajuste/Evaluación de audífonos</i> • <i>Audífonos</i>	Usted paga \$0 de copago para: • 1 examen de audición de rutina al año • Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio Nuestro plan paga hasta \$2,000 cada dos años para audífonos. Usted paga \$10 de copago para: • 1 ajuste/evaluación de audífonos al año • Cada audífono

Primas y beneficios	Pinellas
	Hillsborough
	012 - Premier Plus de Ultimate
Servicios de diagnóstico Laboratorio/Diagnóstico por imágenes • <i>Servicios de laboratorio</i> • <i>Examen de rayos X ambulatorio</i> • <i>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</i> • <i>Servicios de radiología diagnóstica</i> • <i>Servicios de radiología terapéutica</i>	Servicios de laboratorio • Usted paga \$0 de copago. Examen de rayos X ambulatorio • Usted paga \$0 de copago. Pruebas y procedimientos de diagnóstico Usted paga lo siguiente: • \$0 de copago para colonoscopias, endoscopias y otros procedimientos de diagnóstico similares, y pruebas de la función pulmonar y de la función tiroidea • \$50 de copago para estudios del sueño y exámenes psicológicos Servicios de radiología diagnóstica Usted paga lo siguiente, además del copago para la visita en el consultorio: • \$0 de copago para ecografías y ecocardiografías • \$25 de copago para pruebas de esfuerzo y de conducción nerviosa, tomografías computarizadas (CT), y resonancias magnéticas (MRI) • \$50 de copago para angiografías por tomografía computarizada (CTA), angiografías por resonancia magnética (MRA), tomografías por emisión de positrones (PET), tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT) y otras pruebas de medicina nuclear Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): • 20 % del costo. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información. Todos los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago para servicios hospitalarios ambulatorios.
Servicios para la audición • <i>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio</i> • <i>Examen de audición de rutina</i> • <i>Ajuste/Evaluación de audífonos</i> • <i>Audífonos</i>	Usted paga \$0 de copago para: • 1 examen de audición de rutina al año • Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio Nuestro plan paga hasta \$2,000 cada dos años para audífonos. Usted paga \$5 de copago para: • 1 ajuste/evaluación de audífonos al año • Cada audífono

Primas y beneficios	Pinellas
	Hillsborough
	011 - Premier de Ultimate
Servicios dentales • <i>Servicios dentales preventivos</i> • <i>Servicios dentales completos</i> • <i>Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare</i>	Usted paga \$0 de copago para: • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 1 examen dental por rayos X al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 1 extracción simple al año • 1 empaste al año • Raspado y alisado radicular, limitado a 1 procedimiento por cuadrante al año. Un total de 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) al año • Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare

Pinellas	Lo que debe saber
Hillsborough	
012 - Premier Plus de Ultimate	
Usted paga \$0 de copago para: • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 1 examen dental por rayos X al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 1 extracción simple al año • 1 empaste al año • 1 limpieza quirúrgica completa de la boca cada 2 años • 1 punto dental/dentadura postiza por arco dental cada 3 años • Raspado y alisado radicular, limitado a 1 procedimiento por cuadrante al año. Un total de 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) al año • Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare	Los rayos X pueden incluir: • Serie de imágenes radiográficas intrabucales completas • Imagen radiográfica intrabucal periapical • Una imagen radiográfica de aleta de mordida única; o dos, tres o cuatro imágenes radiográficas de aleta de mordida • Imagen radiográfica panorámica • Las imágenes panorámicas y de boca completa están cubiertas cada 3 años. La extracción simple puede incluir: • Extracción de un diente erupcionado o de una raíz expuesta • Extracción de un diente erupcionado para la que haya que quitar el hueso o cortar el diente El empaste puede incluir: • Amalgama, una o más superficies, primaria o permanente • Compuesto a base de resina, una a tres superficies, anterior, cuatro o más superficies, incluyendo el ángulo incisal • Compuesto a base de resina, de una a tres superficies, posterior Un dentista general participante debe prestar los servicios. Nuestro plan cubre servicios dentales que no son de rutina, pero que son médicamente necesarios antes de hacer otro procedimiento médico cubierto por Medicare. El mantenimiento periodontal, la irrigación de las encías y la administración localizada de medicamentos antimicrobianos, como Arestin®, no están cubiertos, y el miembro es responsable del cargo extra, aunque el raspado/alizado radicular esté cubierto. Algunos servicios podrían requerir una autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información. <i>Para el plan 012 únicamente</i> Las dentaduras postizas pueden incluir 1 de las siguientes por arco dental cada 3 años: • Dentadura postiza completa, maxilar o mandibular • Dentadura postiza inmediata, maxilar o mandibular • Dentadura postiza parcial, maxilar o mandibular, con base de resina • Dentadura postiza parcial, maxilar o mandibular, en molde de metal, con base de resina • Dentadura postiza parcial, maxilar o mandibular, con base flexible

Primas y beneficios	Pinellas
	Hillsborough
	011 - Premier de Ultimate
Servicios para la vista - Exámenes de la vista - Productos para la vista y lentes de contacto	Nuestro plan cubre: 1 examen de la vista de rutina al año - Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos Usted paga \$0 de copago para: - Examen con un optometrista Usted paga \$20 de copago para: - Examen con un oftalmólogo Nuestro plan paga hasta \$200 al año para productos para la vista. Usted paga \$0 de copago para: - Lentes de contacto O 1 par de lentes para anteojos CR-39 estándar O 1 montura para anteojos Usted paga \$50 de copago para: - Cambio a lentes progresivos Usted paga \$40 de copago para: 1 par extra de anteojos de sol recetados al año O \$30 de copago para lentes fotocromáticos Beneficio después de una cirugía de cataratas: 1 montura de una selección especial O - Lentes para anteojos CR-39 estándar según sean médicamente necesarios, sin límite en la cantidad de lentes después de una cirugía de cataratas - En vez de anteojos, puede elegir lentes de contacto hasta alcanzar el límite del beneficio de \$200 para productos para la vista.

Pinellas	Lo que debe saber
Hillsborough	Lo que debe saber
012 - Premier Plus de Ultimate	
Nuestro plan cubre: 1 examen de la vista de rutina al año - Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos Usted paga \$0 de copago para: - Examen con un optometrista Usted paga \$0 de copago por: - Examen con un oftalmólogo Nuestro plan paga hasta \$200 al año para productos para la vista. Usted paga \$0 de copago para: - Lentes de contacto O 1 par de lentes para anteojos CR-39 estándar O 1 montura para anteojos Usted paga \$50 de copago para: - Cambio a lentes progresivos Usted paga \$40 de copago para: 1 par extra de anteojos de sol recetados al año \$30 de copago para lentes fotocromáticos Beneficio después de una cirugía de cataratas: 1 montura de una selección especial O - Lentes para anteojos CR-39 estándar según sean médicamente necesarios, sin límite en la cantidad de lentes después de una cirugía de cataratas - En vez de anteojos, puede elegir lentes de contacto hasta alcanzar el límite del beneficio de \$200 para productos para la vista.	

- La cantidad anual del beneficio puede aplicarse únicamente a los lentes, únicamente a las monturas o a ambos.
- Los lentes para anteojos estándar incluyen:
 - Lentes monofocales
 - Bifocales (FT 28)
 - Trifocales (7 x 28)
- El cambio a lentes progresivos no afecta el límite anual para productos para la vista.
- El beneficio extra de anteojos de sol recetados se suma al beneficio para productos para la vista y no afecta el límite anual para ese beneficio. Este beneficio se puede usar una vez al año.
- Beneficio extra de anteojos de sol recetados O lentes fotocromáticos con:
- Opción de elegir anteojos de sol recetados con lentes polarizados (grises o marrones) y monturas especiales O lentes fotocromáticos.
- Los anteojos de sol recetados con lentes polarizados (grises o marrones) están sujetos a \$40 de copago.
- Los lentes fotocromáticos están sujetos a \$30 de copago.
- La adaptación de lentes de contacto no es un beneficio cubierto.

Primas y beneficios	Pinellas
	Hillsborough
	011 - Premier de Ultimate
Servicios de salud mental • <i>Estancia en el hospital</i> • <i>Consultas ambulatorias de terapia de grupo</i> • <i>Consultas ambulatorias de terapia individual</i>	Estancia en el hospital • Usted paga \$120 de copago por día entre los días 1 y 5. • Usted paga \$0 de copago por día entre los días 6 y 90. Consultas ambulatorias de terapia de grupo • Usted paga \$10 de copago por sesión. Consultas ambulatorias de terapia individual • Usted paga \$20 de copago por sesión.
Centro de enfermería especializada	Usted paga \$0 de copago por día entre los días 1 y 20. Usted paga \$150 de copago por día entre los días 21 y 40. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 41 y 100.

Pinellas	Lo que debe saber
Hillsborough	
012 - Premier Plus de Ultimate	
Estancia en el hospital • Usted paga \$0 de copago. Consultas ambulatorias de terapia de grupo • Usted paga \$0 de copago por sesión. Consultas ambulatorias de terapia individual • Usted paga \$0 de copago por sesión.	Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental con estancia en un hospital psiquiátrico. A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$0 de copago por día entre los días 1 y 20. Usted paga \$150 de copago por día entre los días 21 y 31. Usted paga \$0 de copago por día entre los días 32 y 100.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF). Los copagos para los beneficios de SNF se basan en los períodos de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en el que lo ingresan como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención en un centro de enfermería especializada durante 60 días seguidos. Si lo ingresan en un centro de enfermería especializada después de que el período de beneficio haya terminado, comenzará un nuevo período de beneficio. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficio. Algunos servicios requieren una derivación o autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Primas y beneficios	Pinellas
	Hillsborough
	011 - Premier de Ultimate
Fisioterapia • Consulta con un fisioterapeuta • Servicios para patologías del habla y del lenguaje • Consulta de terapia ocupacional	Usted paga \$20 de copago por consulta. • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje Usted paga \$20 de copago por consulta. • Terapia ocupacional
Ambulancia	Usted paga \$150 de copago para el beneficio de traslado de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Usted paga el 20 % del costo del beneficio de traslado de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare.
Transporte	Usted paga \$0 de copago para un máximo de 20 traslados : • 8 traslados de ida (4 traslados de ida y vuelta) al consultorio del proveedor de atención primaria, al oculista, a un especialista o a diálisis, Y • 12 traslados (6 traslados de ida y vuelta) a fisioterapia
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20 % del costo de: • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos y medios de contraste de la Parte B inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B Para los antibióticos intravenosos cubiertos, usted paga \$0 de copago cuando el servicio se presta con servicios de atención médica a domicilio.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Pinellas Hillsborough		Lo que debe saber
012 - Premier Plus de Ultimate		
Usted paga \$5 de copago por consulta. • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje Usted paga \$0 de copago por consulta. • Terapia ocupacional	Algunos servicios podrían requerir una remisión y una autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información. Los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago hospitalario ambulatorio.	
Usted paga \$150 de copago para el beneficio de traslado de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Usted paga el 20 % del costo del beneficio de traslado de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare.	A menos que sea una emergencia, este servicio podría requerir una autorización previa. Comuníquese con su plan para obtener más información.	
Usted paga \$0 de copago para traslados ilimitados al consultorio del proveedor de atención primaria, al oculista, a un especialista, a diálisis o a fisioterapia.	Los traslados deben hacerse a un centro médico aprobado por el plan en taxi, un servicio de vehículo compartido, autobús, furgoneta o transporte médico (según lo programe el plan). Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.	
Usted paga el 20 % del costo de: • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos y medios de contraste de la Parte B inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B Para los antibióticos intravenosos cubiertos, usted paga \$0 de copago cuando el servicio se presta con servicios de atención médica a domicilio.	El copago correspondiente al especialista se aplica cuando el servicio se presta en una visita en el consultorio del médico/especialista. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Comuníquese con su plan para obtener más información.	

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Primas y beneficios	Pinellas
	Hillsborough
	011 - Premier de Ultimate
Atención de los pies (servicios de podología) Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare	Usted paga \$20 de copago por consulta.
Atención de emergencia internacional	Usted paga \$75 por consulta.
Programa de bienestar - Programa de actividad física SilverSneakers® - Educación para la salud - Servicios extra para dejar de fumar y de usar tabaco	Usted no paga nada.
Servicios de atención quiropráctica	Usted paga \$20 de copago por consulta para: - Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare Usted paga \$20 de copago por consulta para: - Hasta 12 consultas de atención quiropráctica de rutina al año
Acupuntura	Usted paga \$20 de copago por consulta para: Hasta 6 consultas al año
Masaje terapéutico	Usted paga \$20 de copago por consulta para: Hasta 4 consultas al año
Productos de venta sin receta	Usted no paga nada por productos, medicamentos y artículos de venta sin receta hasta alcanzar \$50 al mes, lo que equivale a un beneficio anual de \$600 .

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Pinellas	Lo que debe saber
Hillsborough	
012 - Premier Plus de Ultimate	
Usted paga \$0 por consulta.	Se debe tener una remisión. Comuníquese con el plan para obtener más información.
Usted paga \$100 por consulta.	Pagamos hasta \$50,000 para servicios de emergencia cubiertos que se reciban fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Consulte la página 88 para obtener más información.
Usted no paga nada.	Consulte la página 87 para ver una descripción de los programas de bienestar que tenemos.
Usted paga \$0 de copago por consulta para: - Servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare Usted paga \$10 de copago por consulta para: - Hasta 12 consultas de atención quiropráctica de rutina al año	Los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare incluyen el ajuste manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más huesos de la columna vertebral se corren de su posición).
Usted paga \$10 de copago por consulta para: Hasta 6 consultas al año	Se debe tener una remisión. Comuníquese con su plan para obtener más información.
Usted paga \$10 de copago por consulta para: Hasta 4 consultas al año	Solo un masoterapeuta autorizado por el Estado puede dar sesiones de masaje terapéutico. El masaje debe ser indicado por un médico o profesional médico, según se define en el plan, y debe estar relacionado con la salud.
Usted no paga nada por productos, medicamentos y artículos de venta sin receta hasta alcanzar \$50 al mes, lo que equivale a un beneficio anual de \$600 .	La cantidad del beneficio no es acumulable mes a mes. Consulte la página 85 para obtener más información.

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Primas y beneficios	Pinellas
	Hillsborough
	011 - Premier de Ultimate
Servicios de telemedicina	Usted paga \$0 de copago por consulta para: - Servicios de telemedicina de atención primaria, incluyendo la Línea de Orientación de Enfermería las 24 horas Usted paga \$20 de copago por consulta para: - Servicios de telemedicina con un especialista - Servicios de telemedicina de salud mental
Beneficios de comidas	Usted paga \$0 de copago para las comidas inmediatamente después de una estancia en el hospital.
Equipos/Suministros médicos - Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) - Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, prótesis para las extremidades) - Suministros para la diabetes	Usted paga el 20 % del costo de: - Equipo médico duradero (DME) - Prótesis Usted paga \$0 de copago para: - Suministros para el control de la diabetes - Capacitación para el autocontrol de la diabetes - Calzado para personas con diabetes

SUS BENEFICIOS Y DISTRIBUCIÓN DE COSTOS

Pinellas	Hillsborough	Lo que debe saber
012 - Premier Plus de Ultimate		
Usted paga \$0 de copago por consulta para:	Usted paga \$0 de copago por consulta para:	Se requiere una remisión para recibir servicios de telemedicina con un especialista. Comuníquese con su plan para obtener más información.
- Servicios de telemedicina de atención primaria, incluyendo la Línea de Orientación de Enfermería las 24 horas - Servicios de telemedicina con un especialista - Servicios de telemedicina de salud mental	- Servicios de telemedicina de atención primaria, incluyendo la Línea de Orientación de Enfermería las 24 horas - Servicios de telemedicina con un especialista - Servicios de telemedicina de salud mental	
Usted paga \$0 de copago para las comidas inmediatamente después de una estancia en el hospital.	Usted paga \$0 de copago para las comidas inmediatamente después de una estancia en el hospital.	Se dan dos comidas por día durante 7 días, siempre que las pida un médico o un administrador de casos.
Usted paga el 20 % del costo de:	Usted paga el 20 % del costo de:	Algunos servicios requieren una autorización. Comuníquese con su plan para obtener más información.
- Equipo médico duradero (DME) - Prótesis	- Equipo médico duradero (DME) - Prótesis	
Usted paga \$0 de copago para:	Usted paga \$0 de copago para:	
- Suministros para el control de la diabetes - Capacitación para el autocontrol de la diabetes - Calzado para personas con diabetes	- Suministros para el control de la diabetes - Capacitación para el autocontrol de la diabetes - Calzado para personas con diabetes	

¿Cuánto debo pagar en cada etapa?

LO QUE DEBE SABER

Lo que deberá pagar por un medicamento dependerá de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté en el momento de la compra. Dado que estos planes no tienen deducibles, usted comenzará en la etapa de cobertura inicial.

En esta etapa, nuestro plan también cubre algunos tipos seleccionados de insulina. Usted paga entre \$25 y \$35 de copago para estos tipos de insulina. Para saber cuáles son los tipos seleccionados de insulina, consulte la lista de medicamentos del plan (también llamada “el formulario”).

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un intervalo sin cobertura (también llamado “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en la cantidad que usted debe pagar por sus medicamentos. El intervalo sin cobertura comienza cuando el costo total de medicamentos al año (incluyendo lo que han pagado usted y nuestro plan) alcanza los \$4,130. No todos los miembros tienen el intervalo sin cobertura.

Si usted tiene el intervalo sin cobertura, nuestros planes continuarán cubriendo los medicamentos del grupo 1 (genéricos preferidos). Para los medicamentos del grupo 1, usted debe pagar las cantidades indicadas abajo o el 25 % del costo del plan, lo que sea menor. Además, en la etapa de intervalo sin cobertura, sus costos de bolsillo para tipos seleccionados de insulina serán de \$25 a \$35.

Para los medicamentos de marca cubiertos, usted pagará el 25 % del precio (más un porcentaje de la tasa de dispensado) cuando esté en el intervalo sin cobertura. La etapa de intervalo sin cobertura se extenderá hasta que los costos que usted haya pagado sumen \$6,550. En ese momento, terminará el intervalo sin cobertura y comenzará la etapa de cobertura para catástrofes, durante la que el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

La distribución de costos puede variar según la farmacia que elija (es decir, si está dentro de la red, está fuera de la red, es de venta por correo, presta servicios de largo plazo [LTC], presta servicios de infusión a domicilio, etc.), la cantidad de suministro (es decir, si es para 30 o 90 días) y si usted entra en otra etapa del beneficio de la Parte D. Si usted reside en un centro de atención de largo plazo y usa una farmacia con servicio de atención de largo plazo (LTC), pagará la misma cantidad que en una farmacia.

Usted puede comprar medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero quizá pague más que en una farmacia dentro de la red. Para obtener más información sobre la distribución de costos específica para farmacias y las etapas de beneficio, llámenos o acceda a nuestra Constancia de Cobertura en línea.



011 - Premier de Ultimate			
Hillsborough	Cobertura inicial	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> - Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> - Usted paga \$35 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> - Usted paga \$60 por medicamento recetado. <u>Grupo 4: medicamentos de especialidad</u> - Usted paga el 33 % del costo.	FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> - Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> - Usted paga \$70 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> - Usted paga \$120 por medicamento recetado.
	Intervalo sin cobertura	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> Usted paga \$0 por medicamento recetado.	FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> Usted paga \$0 por medicamento recetado.
Pinellas			

012 - Premier Plus de Ultimate			
Hillsborough	Cobertura inicial	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> - Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> - Usted paga \$25 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> - Usted paga \$50 por medicamento recetado. <u>Grupo 4: medicamentos de especialidad</u> - Usted paga el 33 % del costo.	FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> - Usted paga \$0 por medicamento recetado. <u>Grupo 2: marcas preferidas</u> - Usted paga \$50 por medicamento recetado. <u>Grupo 3: marcas no preferidas</u> - Usted paga \$100 por medicamento recetado.
	Intervalo sin cobertura	FARMACIA El costo que debe pagar por el suministro para un mes en una farmacia dentro de la red: <u>Grupo 1: genéricos</u> Usted paga \$0 por medicamento recetado.	FARMACIA DE VENTA POR CORREO El costo que debe pagar por el suministro para 90 días en una farmacia de venta por correo: <u>Grupo 1: genéricos</u> Usted paga \$0 por medicamento recetado.
Pinellas			



Sus beneficios de medicamentos recetados

Determinación del costo de sus medicamentos

Nuestro plan divide los medicamentos en cinco “grupos”. Usted deberá usar la lista de medicamentos del plan (también llamada “formulario”) para saber en qué grupo está su medicamento y cuánto le costará. La cantidad que deberá pagar dependerá del grupo del medicamento y de la etapa de beneficio que usted haya alcanzado (consulte las tablas al final de la lista de su condado). Para saber qué medicamentos cubrimos, consulte la lista completa de medicamentos y las restricciones o limitaciones aplicables en nuestro sitio web, en www.chooseultimate.com. O llámenos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos. El formulario puede modificarse en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.



Ahorre aún más con la VENTA POR CORREO



Usted puede ahorrar más usando el servicio de venta por correo de las farmacias de Ultimate Health Plans.

Recibirá un suministro de medicamentos para **tres meses** en su casa y pagará el mismo copago que pagaría normalmente por un suministro para **dos meses** en su farmacia local.

Hay dos maneras de buscar su medicamento en la lista de medicamentos del plan:

Condición médica

Agrupamos los medicamentos de la lista en categorías según el tipo de condiciones médicas para las que se usen. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar condiciones del corazón se agrupan en la categoría “Medicamentos cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista de medicamentos. Después, busque su medicamento en esa categoría.

Orden alfabético

Si no está seguro de en qué categoría buscar, busque el nombre de su medicamento en el índice incluido en la parte de atrás de la lista de medicamentos. El índice incluye una lista alfabética de todos los medicamentos que están en este documento. Los nombres de las marcas y los nombres genéricos se incluyen en el índice. Busque su medicamento en el índice. Al lado de su medicamento, verá el número de la página donde podrá encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Su beneficio de productos de venta sin receta

Cubrimos medicamentos y suministros de venta sin receta

Medicare Original no cubre medicamentos de venta sin receta, pero nosotros sí. Nuestro plan cubre productos, medicamentos y artículos de venta sin receta, incluyendo medicamentos no recetados y artículos relacionados con la salud para el uso personal de nuestros miembros. Usted paga \$0 de copago para los productos, los medicamentos y los artículos de venta sin receta hasta el límite del beneficio mensual. Nuestro plan también cubre el costo de envío de los productos a su casa.



Las siguientes categorías de suministros están cubiertas por nuestro beneficio de productos de venta sin receta:

- ✓ Medicamentos, pomadas y aerosoles con principios activos médicos que alivian síntomas, como antiácidos, analgésicos, antibacterianos, antihistamínicos, antiinflamatorios, antisépticos, descongestivos y somníferos.
- ✓ Productos para el cuidado de la boca, como cepillos de dientes, pastas dentales, hilos dentales, adhesivos para dentaduras postizas, limpiadores de dentaduras postizas y estimuladores de encías.
- ✓ Suministros de primeros auxilios, como bandas autoadhesivas, gasas y otros vendajes, pomadas antibacterianas, peróxido, termómetros y cintas no deportivas.
- ✓ Minerales y vitaminas.
- ✓ Suplementos de fibra, como píldoras, polvos y líquidos no alimentarios que aportan fibra a la dieta.
- ✓ Reemplazo hormonal, como fitohormonas, progesterona natural o dehidroepiandrosterona (DHEA).
- ✓ Productos para bajar de peso, como supresores del apetito e inhibidores de la absorción de grasas.
- ✓ Protectores solares y repelentes de insectos tópicos.
- ✓ Suministros para la incontinencia, como pañales y toallas sanitarias.
- ✓ Productos de control y pruebas en casa, como equipos para controlar la presión, el colesterol y el azúcar en la sangre, y pruebas de embarazo y de sangre oculta en las heces.
- ✓ Las balanzas de baño podrían estar cubiertas para los miembros con insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) o enfermedades del hígado, para controlar la retención de líquidos.

Ofrecemos este beneficio mediante un catálogo de venta por correo que incluye una lista de los productos de venta sin receta cubiertos por el plan y los precios de cada uno. Le enviaremos nuestro catálogo por correo, y también lo puede consultar visitando www.chooseultimate.com. Solo rellene y envíe el formulario de pedido, o haga el pedido por teléfono al 1-855-422-0039 (TTY 711). Nuestros amables representantes toman pedidos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este (EST).

Sus beneficios dentales, para la vista y para la audición

Vista

Medicare Original cubre los exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos. Nosotros cubrimos esos exámenes de la vista y mucho más. También cubrimos un examen de la vista de rutina al año. Además, cubrimos anteojos o lentes de contacto con \$0 de copago.

Nuestro beneficio incluye:

- lentes de contacto o
- un par de lentes monofocales, bifocales o trifocales estándar, o
- una montura para anteojos.

Nuestro beneficio es flexible. Usted puede usar el beneficio de productos para la vista como más le convenga: únicamente los lentes, únicamente las monturas, o ambos. Incluso puede cambiar sus lentes estándar por unos progresivos por solo \$50 de copago, y comprar un par de anteojos de sol por \$40 de copago o lentes fotocromáticos por \$30 de copago.



Dental

Por lo general, Medicare Original no cubre servicios dentales preventivos, pero nuestro plan sí. Este plan lo ayudará a estar sano gracias a los beneficios dentales preventivos con \$0 de copago.

Cubrimos servicios de rutina como:

- Limpieza
- Examen dental por rayos X
- Tratamientos con flúor
- Evaluaciones y exámenes bucales
- Beneficios completos de atención dental, como empastes y extracciones
- Algunos planes incluyen limpieza quirúrgica completa de la boca
- Algunos planes incluyen dentaduras postizas

Audición

Medicare Original cubre evaluaciones diagnósticas de la audición y del equilibrio para determinar si usted necesita un tratamiento médico. Nosotros cubrimos esas evaluaciones y mucho más. También cubrimos un examen de audición de rutina al año con \$0 de copago, y audífonos y evaluaciones de ajuste con un copago bajo y asequible (\$5 o \$10, según el plan que elija). Nuestro plan paga hasta \$2,000 para audífonos cada dos años.

Los servicios y productos de audífonos para nuestros miembros son de primera calidad. Incluso tienen una función de conexión a teléfonos o a cualquier otro dispositivo inteligente e incluyen aplicaciones que ayudan a manejar los audífonos. Programar una cita es fácil gracias a nuestra atención al cliente especializada en la audición, que lo guiará hasta encontrar un especialista en audición.

Manténgase activo con su beneficio de actividad física

Los miembros del plan disfrutan del programa de actividad física SilverSneakers®

SilverSneakers® es un programa de salud y actividad física diseñado para los beneficiarios de Medicare. SilverSneakers® incluye membresías de actividad física con acceso a centros de todo el país (incluyendo centros únicamente para mujeres).



Los miembros pueden usar los equipos y participar en clases grupales de ejercicios. Además de una membresía estándar en los centros participantes, los miembros pueden asistir a clases de SilverSneakers® de bajo impacto y consultar con un asesor para la tercera edad especialmente capacitado.

SilverSneakers® Steps es una alternativa para aquellos miembros que no puedan ir hasta un centro participante. Es un programa de actividad física autodirigido que les permite a los miembros elegir uno de los cuatro kits disponibles para usar en casa o en otro lugar: actividad física general, actividad de fuerza, caminata o yoga.

Para obtener más información y encontrar centros participantes de SilverSneakers®, visite silversneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este (EST).



Otros beneficios que recibirá



Servicios extra para dejar de fumar y de usar tabaco

Cubrimos servicios extra para dejar de fumar y de usar tabaco (consejería), además de aquellos cubiertos por el beneficio de servicios preventivos. Cubrimos una cantidad ilimitada de intentos sin ningún costo extra. El servicio de consejería incluye hasta cuatro consultas individuales.



Educación para la salud

El programa de Educación para la Salud está diseñado para ayudarlo a desarrollar conocimientos y competencias de cuidado personal, y para fomentar la motivación y la confianza necesarias para usar esas competencias para mejorar y mantener su salud. Estos servicios de educación los prestan educadores médicos certificados u otros profesionales autorizados, e incluyen información sobre procesos de enfermedades específicas, tratamientos y terapias con medicamentos, señales y síntomas a los que se deben estar atentos, estrategias y técnicas de cuidado personal, restricciones en la alimentación y orientación nutricional mediante material escrito y sesiones individuales e interactivas de coaching por teléfono. Ofrecemos este servicio a todos los miembros que necesiten información sobre una condición o enfermedad específica.



Nuestra línea directa de enfermería 24/7

Los miembros pueden llamar a la línea directa para hablar con un enfermero las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener información médica, orientación y apoyo relacionado con una preocupación de salud inmediata o preguntas sobre una condición médica específica, sin costo extra. Pueden comunicarse con la línea directa de enfermería llamando al 1-855-238-4687. Las llamadas a esta línea son gratis. Los usuarios de TTY deben marcar 711.



Cobertura de atención de emergencia internacional

Estimados viajeros del mundo: Cubrimos servicios de atención de emergencia en todo el mundo. Nuestros miembros reciben cobertura de atención médica de emergencia y servicios de ambulancia cuando los necesiten, en cualquier parte del mundo. Pagamos hasta \$50,000 para servicios de emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.



Transporte

Ahora, llegar a sus citas es más fácil que nunca. Nosotros organizamos y cubrimos el traslado a sus citas médicas, como las visitas en el consultorio del proveedor de atención primaria, del oculista, de un especialista, de diálisis y de fisioterapia.

Servicios preventivos

Los servicios preventivos lo ayudarán a mantener una salud óptima

Cubrimos todos los servicios preventivos que cubre Medicare Original sin costo adicional. A veces, Medicare agrega cobertura de servicios nuevos a Medicare Original durante el año. Si Medicare agrega cobertura de servicios nuevos en 2021, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.



No se paga coseguro, copago ni deducible para los siguientes servicios preventivos y pruebas de detección.

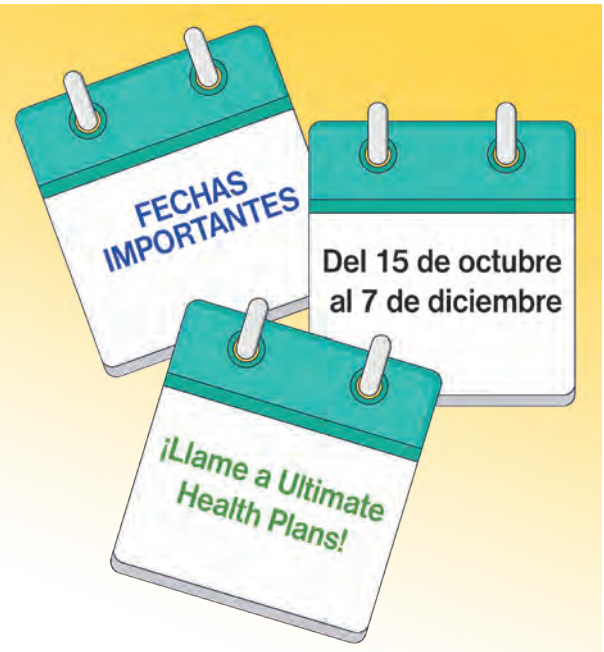
Usted paga \$0 :

- Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal
- Consultas preventivas anuales de bienestar y de bienvenida a Medicare
- Medición de la masa ósea
- Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares
- Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal
- Exámenes de detección de diabetes y capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Exámenes de detección de glaucoma
- Vacunas contra la gripe, la neumonía y la hepatitis B
- Mamografías de exploración
- Terapia de nutrición médica
- Exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou
- Exámenes de detección de cáncer de próstata (prueba de antígeno prostático específico [PSA])
- Consejería para dejar de fumar y de usar tabaco

También cubrimos otros exámenes de detección que no se incluyen en esta lista. Consulte nuestra Constancia de Cobertura para ver la lista completa de restricciones e información sobre los beneficios.

Cómo inscribirse en un plan de Ultimate Medicare Advantage

¿Cuándo puede inscribirse?



Cada otoño, desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**, Medicare le permite inscribirse o modificar su cobertura de Medicare para medicamentos y atención médica durante el período de inscripción anual (AEP). Es importante que revise su cobertura en ese momento para asegurarse de que cubrirá sus necesidades el próximo año.

Desde el **1 de enero hasta el 31 de marzo**, las personas inscritas en planes de Medicare Advantage (MA) a partir del 1 de enero y los nuevos beneficiarios de Medicare que se hayan inscrito en un plan de MA durante su período de elección de cobertura inicial (ICEP) podrán inscribirse en otro plan de MA o cancelar su inscripción en el plan de MA y regresar a Medicare Original.

En ciertas situaciones especiales, también se permiten cambios o inscripciones en otros

momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen cobertura de Medicaid, que reciben una “ayuda extra” para pagar sus medicamentos, que tienen o dejarán de tener cobertura del empleador y que se muden fuera de la zona de servicio, pueden hacer cambios en otros momentos del año. Para saber si usted es elegible para un período de inscripción especial, comuníquese con nuestro plan llamando a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048), o visite el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.

Cómo elegir el plan adecuado

Use esta guía para encontrar la información que necesite:

- ✓ Consulte nuestros beneficios y costos para asegurarse de que el plan que está considerando sea el adecuado para usted. Consulte las páginas 5 a 82.
- ✓ Asegúrese de que los médicos y demás proveedores que quiera usar estén dentro de nuestra red. Consulte la página 2.
- ✓ Asegúrese de que los medicamentos que toma estén en nuestra lista de medicamentos. Consulte la página 84.
- ✓ Si tiene preguntas o necesita ayuda, vaya a una de nuestras reuniones gratis o llámenos para programar una cita no obligatoria que le resulte conveniente con uno de nuestros asesores de beneficios autorizados.

Cómo inscribirse en un plan de Ultimate Medicare Advantage

Complete un formulario de inscripción; puede hacerlo de diferentes maneras:

- Puede inscribirse en línea, en el sitio web de Medicare, visitando el enlace de abajo, ingresando su código postal y escribiendo la palabra “Ultimate” en el recuadro “Nombre del plan”. Para inscribirse en línea, visite <https://www.medicare.gov/find-a-plan/questions/enroll-now.aspx>.
- Inscribese en una de nuestras reuniones gratis.
- **Para obtener ayuda personalizada para inscribirse, llámenos para programar una cita no obligatoria que le resulte conveniente con uno de nuestros asesores de beneficios autorizados. Puede comunicarse con nosotros llamando al 1-855-858-7526 (los usuarios de TTY deben marcar 711), de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. En determinadas épocas del año, podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales.**

Esto es lo que sucederá después de que se inscriba:



Le enviaremos una carta para confirmar su inscripción e informarlo de cómo comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta.



Usted recibirá su tarjeta de identificación y un kit de bienvenida con documentación importante sobre el plan poco después de que se inscriba.



Podrá comenzar a disfrutar de sus beneficios el primer día en el que la inscripción entre en vigencia. Las inscripciones hechas durante el AEP entrarán en vigencia el 1 de enero. Las inscripciones hechas en otros momentos del año suelen entrar en vigencia el primer día del mes siguiente.

LLÁMENOS HOY MISMO

1-855-858-7526
(TTY 711)

Llame hoy mismo para encontrar una **reunión gratis** cerca de usted o para programar una **cita no obligatoria** con uno de nuestros asesores de beneficios autorizados.

Para pedir adaptaciones para personas con necesidades especiales en las reuniones de venta, llame al 1-855-858-7526 (los usuarios de TTY deben marcar 711) de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. En determinadas épocas del año, podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda todos nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede hablar con un representante de atención al cliente llamando al 1-855-858-7526 (los usuarios de TTY deben marcar 711).

Entender los beneficios

- ▶ Lea la lista completa de beneficios de la Constancia de Cobertura (EOC), especialmente los servicios para los que suele consultar con un médico. Visite www.chooseultimate.com o llame al 1-855-858-7526 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver una copia de la EOC.
- ▶ Lea el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos con los que suele consultar estén dentro de la red. Si no lo están, es probable que deba elegir a otros médicos.
- ▶ Lea el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia donde compra sus medicamentos recetados esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir otra farmacia donde comprar sus medicamentos recetados.

Entender reglas importantes

- ▶ Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima suele descontarse de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ▶ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2022.
- ▶ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no estén en el directorio de proveedores).

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su guía “Medicare y usted” actual. También puede verla en línea, en <http://www.medicare.gov>, o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Ultimate Health Plans es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Ultimate Health Plans dependerá de la renovación del contrato.

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]

Notas

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



Para obtener mas información, llame
1-855-858-7526 (TTY 711)

Lunes - Domingo
8 a.m. A 8 p.m.

Visite nuestro sitio web en
www.ChooseUltimate.com
o pasa por una de nuestras oficinas locales.

Oficina de extensión comunitaria

2713 Forest Road
Spring Hill, FL 34606

Oficina corporativa

1244 Mariner Boulevard
Spring Hill, FL 34609

Oficina de Lake-Sumter-Marion

17820 SE 109th Ave., Unit 109
Summerfield, FL 34491