



**Premier by Ultimate (HMO) prestado por
Ultimate Health Plans**

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente, está inscrito como miembro de Premier by Ultimate (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este manual informa sobre los cambios.*

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacerle cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Lo que debe hacer ahora

1. CONSULTE: Qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse que cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan a los servicios que usted usa?
 - Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Consulte los cambios en el manual para nuestra cobertura para medicamentos con receta para ver si lo afectan.
 - ¿Sus medicamentos están cubiertos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como que necesite aprobación de nuestra parte antes de surtir su receta?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2022 y mire la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “dashboards” (tableros) en el medio de la segunda Nota en la parte de abajo de la página. En estos tableros, se indican qué fabricantes aumentaron sus precios y también se muestra otra información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluyendo los especialistas que visita regularmente, en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

- Pense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿De qué manera se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Pense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Aprenda sobre otras opciones del plan

- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la lista de atrás de su manual *Medicare y usted 2022*.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

- Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar tu plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, estará inscrito en Premier by Ultimate (HMO).

- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda cubrir mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese a un plan entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, estará inscrito en Premier by Ultimate (HMO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Se le dará de baja automáticamente de su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros al 1-888-657-4170 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario es de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Durante ciertas épocas del año, podemos usar tecnologías alternativas para responder a su llamada los fines de semana y días festivos federales.
- Comuníquese con Ultimate Health Plans al número que figura arriba si necesita información en un formato accesible (p. ej., braille, letra grande, audio) o en un idioma que no sea inglés.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente (Patient Protection Act) y la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sobre Premier by Ultimate (HMO)

- Ultimate Health Plans es un plan HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Ultimate Health Plans depende de la renovación del contrato.
- Cuando este manual dice “Nosotros” o “nuestro,” significa Ultimate Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan,” significa Premier by Ultimate (HMO).

Resumen de costos importantes para 2022

La tabla de abajo compara los costos de 2021 y los costos de 2022 de nuestro plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* está en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo).

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$2,800	\$2,800
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención médica básica: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$20 por visita	Visitas de atención médica básica: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$20 por visita

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Estancia en el hospital como paciente hospitalizado</p> <p>Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted es formalmente internado en el hospital con una orden del médico. El día antes del que se le da de alta es su último día de paciente hospitalizado.</p>	<p>Días 1 a 5: \$125 de copago por día</p> <p>Días 6 a 90: \$0 de copago por día</p>	<p>Días 1 a 5: \$125 de copago por día</p> <p>Días 6 a 90: \$0 de copago por día</p>

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p>
<p>Para saber qué medicamentos son Insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente. Puede identificar Insulinas selectas con el indicador “SI” de la lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de este manual).</p>	<p>NIVEL 1 DE MEDICAMENTOS:</p> <p>Farmacia</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por un suministro de 30 días • \$0 de copago por un suministro de 60 días • \$0 de copago por un suministro de 90 días <p>Atención a largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por un suministro de 31 días <p>Pedidos por correo</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por un suministro de 90 días 	<p>NIVEL 1 DE MEDICAMENTOS:</p> <p>Farmacia</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por un suministro de 30 días • El suministro de 60 días <u>no</u> está cubierto. • \$0 de copago por un suministro de 90 días <p>Atención a largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por un suministro de 31 días <p>Pedidos por correo</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por un suministro de 90 días
	<p>NIVEL 2 DE MEDICAMENTOS:</p> <p>Farmacia</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 de copago por un suministro de 30 días • \$70 de copago por un suministro de 60 días • \$105 de copago por un suministro de 90 días <p>Atención a largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 de copago por un suministro de 31 días <p>Pedidos por correo</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$70 de copago por un suministro de 90 días <p>Insulinas selectas</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 de copago por un suministro de 30 días 	<p>NIVEL 2 DE MEDICAMENTOS:</p> <p>Farmacia</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 de copago por un suministro de 30 días • El suministro de 60 días <u>no</u> está cubierto. • \$105 de copago por un suministro de 90 días <p>Atención a largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 de copago por un suministro de 31 días <p>Pedidos por correo</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$70 de copago por un suministro de 90 días <p>Insulinas selectas</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 de copago por un suministro de 30 días

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
NIVEL 3 DE MEDICAMENTOS:	NIVEL 3 DE MEDICAMENTOS:	
<i>Farmacia</i>	<i>Farmacia</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • \$60 de copago por un suministro de 30 días • \$120 de copago por un suministro de 60 días • \$180 de copago por un suministro de 90 días 	<ul style="list-style-type: none"> • \$60 de copago por un suministro de 30 días • El suministro de 60 días <u>no</u> está cubierto. • \$180 de copago por un suministro de 90 días 	
<i>Atención a largo plazo</i>	<i>Atención a largo plazo</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • \$60 de copago por un suministro de 31 días 	<ul style="list-style-type: none"> • \$60 de copago por un suministro de 31 días 	
<i>Pedidos por correo</i>	<i>Pedidos por correo</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • \$120 de copago por un suministro de 90 días 	<ul style="list-style-type: none"> • \$120 de copago por un suministro de 90 días 	
NIVEL 4 DE MEDICAMENTOS:	NIVEL 4 DE MEDICAMENTOS:	
<i>Farmacia</i>	<i>Farmacia</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • 33% de coseguro por un suministro de 30 días 	<ul style="list-style-type: none"> • 33% de coseguro por un suministro de 30 días 	
<i>Atención a largo plazo</i>	<i>Atención a largo plazo</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • 33% de coseguro por un suministro de 31 días 	<ul style="list-style-type: none"> • 33% de coseguro por un suministro de 31 días 	

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual.....	6
Sección 1.2 – Cambios a su máximo de gastos de bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios a la red de proveedores	7
Sección 1.4 – Cambios a la Red de farmacias	8
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	12
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....	17
Sección 2.1 – Si quiere permanecer en nuestro plan	17
Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan	17
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan	18
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen orientación gratis sobre Medicare.....	18
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	19
SECTION 6 ¿Tiene preguntas?.....	19
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de nuestro plan.....	19
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	20

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

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	\$0	\$0 (sin cambios)
Reducción de la prima de la Parte B	Ultimate Health Plans reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare en hasta \$110.00.	Ultimate Health Plans reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare en hasta \$120.00.

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 sobre “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios a su máximo de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted puede pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que llega a esta cantidad, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Máximo de gastos de bolsillo	\$2,800	\$2,800 (sin cambios)
Los costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su máximo de gastos de bolsillo. Los costos por medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$2,800 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios a la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado está en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2022* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay diversas razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para avisarle con al menos 30 días de antelación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe cubriendo sus necesidades de atención médica.
- Si usted está sometido a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que usted recibe no se interrumpa y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.

- Si usted considera que no le dimos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que sus necesidades de atención no se están administrando apropiadamente, tiene derecho a presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios a la Red de farmacias

La cantidad que usted paga por sus medicamentos con receta depende de la farmacia que usa. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado está en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2022* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Vamos a cambiar nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. Le información de abajo describe estos cambios. Para obtener información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento con opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar OUD mediante un Programa de tratamiento con opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de los opiáceos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT).
- Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde)
- Orientación sobre el uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga \$50 de copago por servicio cuando <u>no</u> se presta en el consultorio del PCP o del especialista.	Usted paga \$20 de copago por servicio cuando <u>no</u> se presta en el consultorio del PCP o del especialista.
Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca	Usted paga \$75 de copago por servicio cuando <u>no</u> presta en el consultorio del PCP o del especialista.	Usted paga un \$20 de copago por servicio cuando <u>no</u> presta en el consultorio del PCP o del especialista.
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga \$30 de copago por servicio cuando <u>no</u> se presta en el consultorio del PCP o del especialista.	Usted paga \$20 de copago por servicio cuando <u>no</u> se presta en el consultorio del PCP o del especialista.
Terapia de ejercicio supervisada (SET)	Usted paga \$30 de copago por servicio cuando <u>no</u> se presta en el consultorio del PCP o del especialista.	Usted paga \$20 de copago por servicio cuando <u>no</u> se presta en el consultorio del PCP o del especialista.
Atención de emergencia mundial	Usted paga \$75 de copago por servicio.	Usted paga \$100 de copago por servicio.

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Servicios de transporte</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por 20 de viajes de ida de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 viajes de ida (4 viajes de ida y vuelta) al proveedor de atención primaria, especialista o diálisis, Y • 12 viajes de ida (6 viajes de ida y vuelta) a fisioterapia <p>Los viajes deben ser a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan donde los servicios se presten por un médico o profesional dentro de la red.</p> <p>Se necesita autorización.</p> <p>Se necesita remisión.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por 20 viajes de transporte de ida a los lugares aprobados por el plan por año de beneficios.</p> <p><u>No</u> se necesita autorización.</p> <p><u>No</u> se necesita remisión.</p>

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Beneficios de comidas	Usted paga \$0 de copago por las comidas inmediatamente después de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado, las comidas que se ofrecen durante un período de una semana, cuando las ordena un médico o la Administración de casos/enfermedades cuando sea médicamente apropiado. Se ofrecen dos comidas al día durante un máximo de 7 días para un total de hasta 14 comidas.	Usted paga \$0 de copago por las comidas después del alta hospitalaria y recibe un máximo de 14 comidas durante un período de 1 semana. Este beneficio no tiene un máximo anual.
Beneficios dentales integrales	1 extracción quirúrgica por año <u>no</u> está cubierta.	Usted paga \$0 de copago por lo siguiente: 1 extracción quirúrgica al año, que incluye: -Extracción de diente impactado -Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Beneficio auditivo	Usted paga \$10 de copago por el ajuste y la evaluación de audífonos	Usted paga \$0 de copago por el ajuste y la evaluación de audífonos
	Usted paga \$10 de copago por cada audífono	Usted paga \$0 de copago por cada audífono
	Nuestro plan paga hasta \$2,000 como máximo cada dos años por audífonos.	Nuestro plan paga hasta un máximo de \$2,000 cada año. Límite de \$1,000 por audífono, por oído.

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Damos una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico.

Hacemos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos cubiertos y cambios en las restricciones aplicables a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitar al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
 - Para averiguar lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios para miembros.
- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios para miembros y pedir una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento fuera del formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual.

La mayoría de las excepciones al formulario se dan hasta el final del año del plan. Es posible que sea necesario volver a enviar cualquier excepción al formulario dada durante el año del plan actual o anterior para el año del plan 2022.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otro médico que dé recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y dando otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podríamos hacer en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse a su caso.** Le enviamos un adjunto separado, que se denomina “Cláusula adicional de la *Evidencia de cobertura* para personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta” (también llamada “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS,” que le informa de los costos de los medicamentos. Debido a que recibe “Ayuda adicional” si no recibió este adjunto antes del 30 de septiembre de 2021, llame a Servicios para miembros y solicite la “Cláusula LIS.”

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (También puede ver el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre estas etapas.)

La información de abajo muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas; la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: Etapa del período sin cobertura o Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*, que está en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos *una Evidencia de cobertura* por correo).

Cambios en la etapa de deducible anual

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de gastos de bolsillo que puede que pagar por sus medicamentos cubiertos en la Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Genérico: Usted paga: \$0 por receta</p> <p>Marca preferida: Usted paga: \$35 por receta</p> <p>Medicamento no preferido Usted paga: \$60 por receta</p> <p>Nivel de especialidad Usted paga: 33% del costo</p> <p>Insulinas selectas Usted paga: \$35 por receta</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Genérico: Usted paga: \$0 por receta</p> <p>Marca preferida: Usted paga: \$35 por receta</p> <p>Medicamento no preferido Usted paga: \$60 por receta</p> <p>Nivel de especialidad Usted paga: 33% del costo</p> <p>Insulinas selectas Usted paga: \$35 por receta</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que da costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura ni a la Etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Su plan ofrece cobertura adicional por período sin cobertura para Insulinas selectas. Durante la etapa de Período sin cobertura, sus gastos de bolsillo para insulinas selectas serán de \$35.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si quiere permanecer en nuestro plan

Para continuar en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan.

Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si quiere cambiar para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse de manera oportuna en un plan médico de Medicare,
- *O* - Puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y usted 2022*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes que hay en su área usando el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Ultimate Health Plans ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan médico de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.

- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de este manual).
 - – o – comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7, y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si quiere cambiar a un plan distinto o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo a partir del **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2022.

¿Hay otras oportunidades del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras fechas. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o van a dejar la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer un cambio en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen orientación gratis sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama SHINE.

SHINE es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación **gratis** sobre seguros médicos a las personas con Medicare. Los orientadores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cambiar de planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770). Puede obtener más información sobre SHINE visitando su sitio web (www.FloridaSHINE.org).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta médica.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta un 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta médica, deducibles anuales, y coseguro. Adicionalmente, aquellos que califican no tendrán que pagar multas por un período sin cobertura ni por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24/7;
 - La Oficina del Seguro Social llamando al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, en horario de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al, 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
 - Su Oficina Estatal de Medicare (aplicaciones).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos de receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que les salvan la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, los cuales incluyen un comprobante de residencia en el estado y de su condición de VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y su condición de no asegurado o con un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia con el costo compartido de medicamentos con receta mediante el ADAP de Florida. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-352-2437 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-503-7118).

SECTION 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de nuestro plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para miembros al 1-888-657-4170. (Solo los usuarios de TTY, llamen al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Durante ciertas épocas del año, podemos usar tecnologías alternativas para responder a su llamada los fines de semana y días festivos federales. Las llamadas a estos números son gratis.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2022* (tiene información sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2022* de su plan. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* está en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo).

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área usando el Localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2022*. Cada año durante el otoño, este folleto se le envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.