



2022 Resumen de beneficios

Lake|Marion|Sumter

Lake|Marion|Sumter

028 Premier de Ultimate (HMO)

016 Premier Plus de Ultimate (HMO)



ULTIMATE
HEALTH PLANS

Good health is where you live.

Sobre Ultimate Health Plans

Ultimate Health Plans es un plan de Medicare Advantage local con sede en Spring Hill, Florida. Tenemos el orgullo de prestar servicio en los condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake, Marion, Pasco, Pinellas, St. Lucie y Sumter.

Nuestra misión es darles a todos los miembros atención médica de la mejor calidad con acceso a médicos altamente cualificados. Nos hacemos responsables de tratar a nuestros miembros con dignidad y respeto, de prestar un servicio de atención al cliente de primera clase y de reconocer nuestro compromiso con la comunidad como corporación local.

Sobre este cuadernillo

En este cuadernillo hay un resumen de los costos y los beneficios cubiertos por Premier de Ultimate (HMO) y Premier Plus de Ultimate (HMO). No están todos los servicios cubiertos por el plan ni todas las limitaciones o exclusiones. Para ver una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) del plan en nuestro sitio web, en www.ChooseUltimate.com, o llámenos al 1-855-858-7526 (TTY 711), y le enviaremos una copia por correo. Atendemos de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. En determinadas épocas del año, podemos usar tecnologías alternativas para responder sus llamadas los fines de semana y los feriados federales.

Tipos de planes de Ultimate

Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare: un plan de Medicare Advantage que da toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Medicare Original. En general, usted solo puede recibir atención de médicos u hospitales dentro de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

Plan de necesidades especiales de HMO de Medicare (HMO Special Needs Plan, HMO SNP): un plan de HMO de Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Algunos ejemplos de los grupos específicos a los que se prestan servicios incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en residencias de atención de largo plazo y personas que tienen determinadas condiciones médicas crónicas.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en nuestro plan, usted debe ser elegible para la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare.

¿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 proveedores y farmacias dentro 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 llámenos al 1-855-858-7526 (TTY 711), y le enviaremos una copia por correo.

¿Cubre este plan mis medicamentos con receta?

Para averiguar qué medicamentos cubrimos y las restricciones que hay, consulte la Lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan (también llamada "Formulario") en nuestro sitio web, en www.ChooseUltimate.com, o llámenos al 1-855-858-7526 (TTY 711), y le enviaremos una copia por correo.

¿Cómo obtengo más información sobre Medicare Original?

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 HMO que tiene contrato con Medicare.
La inscripción en Ultimate Health Plans depende de la renovación del contrato.

Sus beneficios y costos compartidos

Nombre del plan	Premier de Ultimate (HMO) 028
Área de servicio	Lake, Marion y Sumter

Primas y beneficios	Premier de Ultimate (HMO) 028
Prima mensual del plan	\$0
Reducción de la Parte B	\$110
Deducible	Este plan no tiene deducibles.
Gasto máximo de bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)	\$2,800
Cobertura de hospitalización	\$170 de copago al día entre los días 1 y 5 \$0 de copago al día entre los días 6 y 90
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios	\$150
Centro quirúrgico ambulatorio	\$25 de copago
Consultas con el médico (proveedores de atención primaria y especialistas)	Proveedores de atención primaria: - \$0 de copago Especialista: - \$20 de copago
Atención preventiva	\$0 de copago
Atención de emergencia	\$100 de copago por visita en los Estados Unidos \$100 de copago por atención de emergencia internacional

Sus beneficios y costos compartidos

Nombre del plan	Premier Plus de Ultimate (HMO) 016
Área de servicio	Lake, Marion y Sumter

Premier Plus de Ultimate (HMO) 016	Lo que debe saber
\$0	Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
\$0	
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 incluye los costos de los medicamentos con receta, los gastos médicos generados en viajes al extranjero ni los costos de los beneficios complementarios.
\$50 de copago al día entre los días 1 y 5 \$0 de copago al 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. Algunos servicios requieren una autorización previa.
\$150	Algunos servicios requieren una autorización previa.
\$25 de copago	Algunos servicios podrían requerir una remisión y una autorización previa.
Proveedores de atención primaria: - \$0 de copago Especialista: - \$20 de copago	Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios. Se puede aplicar un copago aparte para cada servicio extra recibido en una visita en el consultorio.
\$0 de copago	También se cubrirán los otros servicios preventivos que Medicare apruebe en el año del contrato. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios.
\$100 de copago por visita en los Estados Unidos \$100 de copago por atención de emergencia internacional	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. Pagamos hasta \$50,000 para servicios de emergencia cubiertos que se reciban fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Premier de Ultimate (HMO) 028	
Primas y beneficios	
Servicios necesarios de urgencia	\$10 de copago
Servicios de diagnóstico - Análisis de 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	<p>Servicios de laboratorio: - \$0 de copago</p> <p>Examen de rayos X ambulatorio: - \$0 de copago</p> <p>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</p> <p>Servicios de radiología diagnóstica Usted paga lo siguiente, además del copago por la visita en el consultorio: - \$25 de copago para ultrasonidos 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</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): - 20 % del costo</p>
Servicios para la audición	<p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen auditivo de rutina (1 al año) - Ajuste y evaluación de audífonos (1 al año) - Audífonos <p>Nuestro plan paga hasta \$1,000 al año por audífono, por oído.</p>

Premier Plus de Ultimate (HMO) 016		Lo que debe saber
\$10 de copago		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.
<p>Servicios de laboratorio: - \$0 de copago</p> <p>Examen de rayos X ambulatorio: - \$0 de copago</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico Usted paga lo siguiente: - \$25 de copago para colonoscopias, endoscopias y otros procedimientos de diagnóstico similares - \$50 para pruebas de la función pulmonar y de la función tiroidea - \$150 de copago para estudios del sueño y exámenes psicológicos</p> <p>Servicios de radiología diagnóstica Usted paga lo siguiente, además del copago para la visita en el consultorio: - \$25 de copago para ultrasonidos y ecocardiografías - \$50 de copago para pruebas de esfuerzo y de conducción nerviosa - \$75 para CT, MRI, CTA y MRA - \$150 de copago para PET, SPECT y otras pruebas de medicina nuclear</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): - 20 % del costo</p>		Algunos servicios requieren una autorización previa. Todos los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago para servicios hospitalarios ambulatorios.
<p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen auditivo de rutina (1 al año) - Ajuste y evaluación de audífonos (1 al año) - Audífonos <p>Nuestro plan paga hasta \$1,000 al año por audífono, por oído.</p>		Los servicios los debe prestar un proveedor que participe en la red de proveedores de audición del plan.

Primas y beneficios	Premier de Ultimate (HMO) 028
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios dentales preventivos - Servicios dentales completos - Servicios dentales que no son de rutina y están cubiertos por Medicare 	<p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 examen 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 empaste al año - Raspado/Alisado radicular, limitado a 1 procedimiento por cuadrante al año. Un total de 4 procedimientos de raspado/alisado radicular (limpieza profunda) al año - 1 extracción simple al año - 1 extracción quirúrgica al año - Servicios dentales médicamente necesarios que no son de rutina, según lo cubierto por Medicare Original

Premier Plus de Ultimate (HMO) 016	Lo que debe saber
<p>\$0 de copago para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 examen 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 empaste al año - 1 limpieza quirúrgica completa de la boca cada 2 años - Raspado/Alisado radicular, limitado a 1 procedimiento por cuadrante al año. Un total de 4 procedimientos de raspado/alisado radicular (limpieza profunda) al año - 1 extracción simple al año - 1 extracción quirúrgica al año - Servicios dentales médicamente necesarios que no son de rutina, según lo cubierto por Medicare Original 	<p>Los rayos X pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primera imagen radiográfica intrabucal periapical - Cada imagen radiográfica intrabucal periapical extra - Una imagen radiográfica de aleta de mordida única; o dos, tres o cuatro imágenes radiográficas de aleta de mordida - Serie de imágenes radiográficas intrabucales completas; 1 cada 3 años - Imágenes radiográficas panorámicas cubiertas; 1 cada 3 años <p>Los empastes pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amalgama primaria o permanente, en una o más superficies - Compuesto a base de resina, de una a tres superficies, anterior, cuatro o más superficies, incluyendo el ángulo incisal - Compuesto a base de resina, una o más superficies, posterior <p>Las extracciones simples pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Las extracciones quirúrgicas pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extracción de un diente retenido - Extracción de raíces de dientes residuales (procedimiento de corte) <p>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.</p>

Primas y beneficios		Premier de Ultimate (HMO) 028
Servicios para la vista - Exámenes de la vista - Anteojos 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 \$0 de copago para: - Examen con un optometrista \$20 de copago para: - Examen con un oftalmólogo Nuestro plan paga hasta \$200 al año para anteojos. \$0 de copago para: - Lentes de contacto O - 1 par de lentes para anteojos CR-39 estándar O - 1 montura para anteojos \$50 de copago para: - Cambio a lentes progresivos \$40 de copago para: - 1 par extra de anteojos de sol recetados al año \$30 de copago para lentes fotocromáticos Beneficios después de una cirugía de cataratas, que incluyen: - 1 montura de una selección especial O - Lentes estándar para anteojos monofocales, bifocales o trifocales. Sin límite en los lentes que su proveedor considere que son médicamente necesarios - En vez de anteojos, puede elegir lentes de contacto hasta alcanzar el límite del beneficio	
Servicios de salud mental - Estancia en el hospital como paciente hospitalizado - Consultas ambulatorias de terapia de grupo - Consultas ambulatorias de terapia individual	\$170 de copago al día entre los días 1 y 5 \$0 de copago al día entre los días 6 y 90 \$10 de copago para consultas de terapia de grupo \$20 de copago para consultas de terapia individual	

Premier Plus de Ultimate (HMO) 016	Lo que debe saber	
Nuestro plan cubre: - 1 examen de la vista de rutina al año - Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos \$0 de copago para: - Examen con un optometrista \$20 de copago para: - Examen con un oftalmólogo Nuestro plan paga hasta \$200 al año para anteojos. \$0 de copago para: - Lentes de contacto O - 1 par de lentes para anteojos CR-39 estándar O - 1 montura para anteojos \$50 de copago para: - Cambio a lentes progresivos \$40 de copago para: - 1 par extra de anteojos de sol recetados al año \$30 de copago para lentes fotocromáticos Beneficios después de una cirugía de cataratas, que incluyen: - 1 montura de una selección especial O - Lentes estándar para anteojos monofocales, bifocales o trifocales. Sin límite en los lentes que su proveedor considere que son médicamente necesarios - En vez de anteojos, puede elegir lentes de contacto hasta alcanzar el límite del beneficio	- La cantidad anual del beneficio puede aplicarse únicamente a los lentes, únicamente a las monturas o a ambos. - Los lentes para anteojos estándar incluyen: - Monofocales - Bifocales (FT-28) - Trifocales (7X28) - El cambio a lentes progresivos no afecta el límite anual para anteojos. - El beneficio extra de anteojos de sol recetados se suma al beneficio para anteojos y no afecta al 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. - La adaptación de lentes de contacto no es un beneficio cubierto.	
\$50 de copago al día entre los días 1 y 5 \$0 de copago al día entre los días 6 y 90 \$10 de copago para consultas de terapia de grupo \$20 de copago para consultas de terapia individual	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.	

Primas y beneficios		Premier de Ultimate (HMO) 028
Centro de enfermería especializada (SNF)		<p>\$0 de copago al día entre los días 1 y 20 \$150 de copago al día entre los días 21 y 40 \$0 de copago al día entre los días 41 y 100</p>
Fisioterapia - Consulta de fisioterapia - Servicios para patologías del habla y del lenguaje - Consulta de terapia ocupacional		<p>\$20 de copago por visita: - Fisioterapia - Patología del habla y del lenguaje \$20 de copago por visita: - Terapia ocupacional</p>
Ambulancia		<p>\$150 de copago para el beneficio de traslado de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare</p> <p>20 % del costo del beneficio de traslado de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare</p>
Transporte		\$0 de copago para 20 traslados de ida
Medicamentos de la Parte B de Medicare		<p>20 % del costo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare - Medicamentos y medios de contraste de la Parte B inyectados en un servicio - Otros medicamentos de la Parte B
Atención de los pies (servicios de podología) Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare		\$20 de copago

Premier Plus de Ultimate (HMO) 016	Lo que debe saber
<p>\$0 de copago al día entre los días 1 y 20 \$150 de copago al día entre los días 21 y 44 \$0 de copago al día entre los días 45 y 100</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Los copagos para los beneficios de los 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 SNF durante 60 días seguidos. Si lo ingresan en un SNF 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. Se necesita una remisión o una autorización previa para algunos servicios.</p>
<p>\$20 de copago por visita: - Fisioterapia - Patología del habla y del lenguaje \$20 de copago por visita: - Terapia ocupacional</p>	<p>Los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago para servicios hospitalarios ambulatorios. Algunos servicios podrían requerir una remisión y una autorización previa.</p>
<p>\$150 de copago para el beneficio de traslado de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare</p> <p>20 % del costo del beneficio de traslado de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare</p>	<p>A menos que sea una emergencia, este servicio podría requerir una autorización previa.</p>
\$0 de copago para traslados de ida	<p>Nuestro plan cubre 20 traslados de ida a todos los lugares aprobados por el plan por año de beneficios. Comuníquese con Servicios para Miembros con 72 horas de antelación para programar su traslado con la siguiente información a mano si corresponde: Fecha y hora de llegada prevista o de la cita, dirección de destino, número de teléfono del lugar de destino y, si irá a ver a un proveedor, el nombre del médico o del proveedor de asistencia médica.</p>
<p>20 % del costo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare - Medicamentos y medios de contraste de la Parte B inyectados en un servicio - Otros medicamentos de la Parte B 	<p>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.</p>
\$20 de copago	Se requiere una remisión.

Primas y beneficios	Premier de Ultimate (HMO) 028
Programa de bienestar - Programa de actividad física SilverSneakers® - Educación para la salud - Servicios extra para dejar de fumar y de usar tabaco	\$0 de copago
Servicios de atención quiropráctica	\$20 de copago
Productos de venta libre (OTC)	Hasta \$45 al mes
Servicios de telemedicina	\$0 de copago por visita para: - Servicios de telemedicina de atención primaria, incluyendo la Línea de Orientación de Enfermería las 24 horas \$20 de copago por visita para: - Servicios de telemedicina con un especialista - Servicios de telemedicina de salud mental
Beneficios de comidas	\$0 de copago
Equipos/Suministros médicos - Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) - Prótesis (p. ej., dispositivos ortopédicos, prótesis para las extremidades) - Suministros para diabéticos	20 % del costo para: - Equipo médico duradero (DME) - Prótesis \$0 de copago para: - Suministros para el control de la diabetes - Capacitación para el autocontrol de la diabetes - Calzado para personas con diabetes

Premier Plus de Ultimate (HMO) 016	Lo que debe saber
\$0 de copago	
\$20 de copago	Los servicios quiroprácticos 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).
Hasta \$45 al mes	La cantidad del beneficio no es acumulable de un mes a otro.
\$0 de copago por visita para: - Servicios de telemedicina de atención primaria, incluyendo la Línea de Orientación de Enfermería las 24 horas \$20 de copago por visita 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.
\$0 de copago	Después de darle el alta al paciente hospitalizado, recibirá un máximo de 14 comidas por 1 semana. Este beneficio no tiene un máximo anual.
20 % del costo para: - DME - Prótesis \$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.

MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

¿Cómo determino el costo de mis medicamentos con receta?

Nuestro plan divide los medicamentos en cinco “niveles”. Usted deberá usar el Formulario del plan para saber en qué nivel está su medicamento y cuánto le costará. La cantidad que debe pagar depende del nivel del medicamento y de la etapa de beneficio que usted haya alcanzado. Para saber qué medicamentos cubrimos, consulte la lista completa de medicamentos y las restricciones o limitaciones 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 un aviso cuando sea necesario.

¿Cómo puedo saber cuánto debo pagar en cada etapa?

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 \$30 y \$35 de copago para estos tipos de insulina. Para saber cuáles son los tipos seleccionados de insulina, revise la lista de medicamentos del plan (también llamada “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 \$4,430. No todos los miembros tienen el intervalo sin cobertura. Si usted tiene el intervalo sin cobertura, nuestros planes continuarán cubriendo los medicamentos del nivel 1 (genéricos). Para los medicamentos del nivel 1, usted debe pagar las cantidades indicadas en la tabla de medicamentos con receta 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 \$30 a \$35.

Para los medicamentos de marca cubiertos, usted pagará el 25 % del precio (más una parte de la tasa de dispensado) cuando esté en el intervalo sin cobertura. La etapa de intervalo sin cobertura se extenderá hasta que los costos totales que usted haya pagado sumen \$7,050. En ese momento, terminará el intervalo sin cobertura y comenzará la etapa de cobertura catastrófica, en la que el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos.

Los costos compartidos pueden 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 a largo plazo y usa una farmacia con 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 los costos compartidos extra específicos para farmacias y las etapas de beneficio, llámenos o consulte la Evidencia de cobertura del plan en línea, en www.ChooseUltimate.com.

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

Lake, Marion y Sumter		Premier de Ultimate (HMO) 028			
Etapa	Nivel de costo compartido	Copago o coseguro para un suministro de 30 días en una farmacia	Copago o coseguro para un suministro de 90 días en una farmacia	Copago o coseguro para un suministro de 90 días en una farmacia de pedido por correo	Copago o coseguro para un suministro de 31 días para atención de largo plazo
Inicial	Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0
	Nivel 2	\$35	\$105	\$70	\$35
	Nivel 3	\$60	\$180	\$120	\$60
	Nivel 4	Coseguro del 33 %	No está cubierto	No está cubierto	Coseguro del 33 %
Intervalo sin cobertura	Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0

Lake, Marion y Sumter		Premier Plus de Ultimate (HMO) 016			
Etapa	Nivel de costo compartido	Copago o coseguro para un suministro de 30 días en una farmacia	Copago o coseguro para un suministro de 90 días en una farmacia	Copago o coseguro para un suministro de 90 días en una farmacia de pedido por correo	Copago o coseguro para un suministro de 31 días para atención de largo plazo
Inicial	Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0
	Nivel 2	\$30	\$90	\$60	\$30
	Nivel 3	\$70	\$210	\$140	\$70
	Nivel 4	Coseguro del 33 %	No está cubierto	No está cubierto	Coseguro del 33 %
Intervalo sin cobertura	Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0

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 (TTY 711).

Entender los beneficios

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

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/el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- 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).

Aviso sobre requisitos de accesibilidad y no discriminación: Discriminar es una acción ilegal

Ultimate Health Plans cumple las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina, excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a sus programas y actividades, o el tratamiento o el empleo en ellos. Ultimate Health Plans:

- Da servicios y ayuda gratis a personas con discapacidades para facilitar una comunicación eficaz con nosotros, por ejemplo: intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros tipos de formatos).
- Presta servicios lingüísticos gratis para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como: intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Ultimate Health Plans. Si cree que Ultimate Health Plans no le prestó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a sus programas y actividades, o el tratamiento o el empleo en ellos, puede presentar una queja formal ante el Departamento de Quejas (Grievance Department) de Ultimate Health Plans. Dirección: P.O. Box 6560, Spring Hill, FL 34611. Teléfono: 1-888-657-4170 (los usuarios de TTY, deben marcar 711). Fax: 1-800-313-2798.

Correo electrónico: GrievanceAndAppeals@ulthp.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, un coordinador de quejas de Ultimate Health Plans puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), por vía electrónica en el portal de quejas, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-657-4170 (TTY: 711).
 ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-657-4170 (TTY: 711).
 CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-657-4170 (TTY: 711).
 ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-657-4170 (TTY: 711).
 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-657-4170 (TTY: 711)。
 ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-657-4170 (ATS: 711).
 PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-657-4170 (TTY: 711).
 ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-657-4170 (телетайп: 711).
 ملحوظة: إذا كنت تتحدث أكثر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 0714-756-888-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 117).
 ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-657-4170 (TTY: 711).
 ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-657-4170 (TTY: 711).
 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-657-4170 (TTY: 711)번으로 전화해주십시오.
 UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-657-4170 (TTY: 711).
 સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-657-4170 (TTY: 711).
 หมายเหตุ: ถัดคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-657-4170 (TTY: 711)

Para obtener más información, llame al

1-855-858-7526 (TTY 711)

De lunes a domingo

De 8 a. m. a 8 p. m.

Visite nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com

o acérquese a cualquiera de nuestras oficinas locales.

Community Outreach Offices (Oficinas de Extensión Comunitaria)

17820 SE 109th Ave., Ste 103
Summerfield, FL 34491



2713 Forest Road
Spring Hill, FL 34606



4058 Tampa Road, Ste 7
Oldsmar, FL 34677



Corporate Office (Oficina Corporativa)

1244 Mariner Boulevard | Spring Hill, FL 34609