



***Advantage Plus by Ultimate (parcial)
(HMO D-SNP) ofrecido por
Ultimate Health Plans***

**Aviso anual de cambios
para 2023**

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. ***Vea en la página 3 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.***

Este documento da información de los cambios del plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com/Member/DocumentsandForms. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que se la enviemos por correo.

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican en su caso

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando actualmente seguirán estando cubiertos.
- Fíjese si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el buscador de planes de Medicare del sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2023*.
- Después de elegir el plan que prefiera, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá en Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP).
- Puede **cambiarse a un plan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2023**. Esto terminará su inscripción en Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP).
- Vea la sección 2 de la página 12 para saber más sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare original (con o sin un plan separado de Medicare de medicamentos con receta) en cualquier momento.

Más recursos

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con nuestros Servicios para miembros llamando al número 888-657-4170 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Comuníquese con Ultimate Health Plans llamando al número de arriba si necesita información en un formato alternativo (por ejemplo, braille, letra grande, audio) o en otro idioma que no sea el inglés.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información.

Acerca de Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP)

- Ultimate Health Plans es una HMO que tiene contrato con Medicare. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid. La inscripción en Ultimate Health Plans dependerá de la renovación del contrato.
- Cuando, en este documento, dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Ultimate Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP).

H2962_036_ANOC23B_M

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

Resumen de costos importantes para 2023	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual.....	5
Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y de farmacias.....	6
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	9
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....	12
Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP).....	12
Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan	12
SECCIÓN 3 Cambio de plan	13
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	13
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	14
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?.....	15
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP).....	15
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	15
Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid	16

Resumen de costos importantes para 2023

En la tabla de abajo, se comparan los costos para los años 2022 y 2023 de Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare por medio de Medicaid, usted paga \$0 de deducible y para las visitas en el consultorio del médico y estancias en el hospital como paciente hospitalizado.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención médica básica: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$0 de copago por visita	Visitas de atención médica básica: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$0 de copago por visita
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado	\$0 de copago al día para los días 1 a 90	\$0 de copago al día para los días 1 a 90
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para obtener más información).	Deducible: \$0 Copago durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de nivel 1: \$0 de copago 	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de nivel 1: 0% de coseguro Medicamentos de nivel 2: 0% de coseguro

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 3: 0% de coseguro • Medicamentos de nivel 4: 0% de coseguro • Medicamentos de nivel 5: \$0 de copago
<p>Máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de gastos de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (Consulte la sección 1.2 para obtener más información).</p>	<p>\$500</p> <p>Si es elegible para que Medicaid lo ayude con los costos compartidos de Medicare, no debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$500</p> <p>Si es elegible para que Medicaid lo ayude con los costos compartidos de Medicare, no debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

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

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, salvo que la pague Medicaid).</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0</p>

Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga “de su bolsillo” en un año. Este límite se llama “máximo de gastos de bolsillo”. Cuando se alcanza esa cantidad, normalmente no se paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Máximo de gastos de bolsillo	\$500	\$500
<p>Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>Si es elegible para que Medicaid lo ayude con los copagos de la Parte A y la Parte B, no debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.</p>		<p>Cuando haya pagado \$500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y de farmacias

También puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada de los proveedores o farmacias, o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores/de farmacias de 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores y de farmacias de 2023 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y las farmacias que son parte de su plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a mitad del año lo afecta, comuníquese con Servicios para miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* lo informa de los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información de abajo describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios dentales (integrales, no cubiertos por Medicare)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de restauración (1 visita al año).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de extracción (sin límite de visitas).</p> <p>Los servicios de endodoncia no están cubiertos.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de restauración (4 visitas al año).</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluye 3 empastes y 1 corona <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de extracción (2 visitas al año y extracciones ilimitadas, simples y quirúrgicas, que sean necesarias para ajustar las dentaduras postizas).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de endodoncia (1 visita al año).</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluye 1 tratamiento de conductos

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios dentales (integrales, no cubiertos por Medicare) (continuación)	Usted paga \$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de periodoncia (1 visita cada dos años).	Usted paga \$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de periodoncia (7 visitas al año). <ul style="list-style-type: none"> • Incluye 4 procedimientos de raspado periodontal y alisado radicular y 2 procedimientos de mantenimiento periodontal • Incluye 1 desbridamiento bucal completo cada 2 años
Servicios dentales (preventivos)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por cada radiografía (1 radiografía al año).	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por cada radiografía (2 radiografías al año).
Servicios de apoyo a domicilio	<u>Dentro de la red</u> <u>No</u> están cubiertos los servicios de apoyo a domicilio.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por servicios apoyo de acompañantes y cuidadores.
Atención en el hospital para pacientes ingresados	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago al día para los días 1 a 90. Usted paga \$0 de copago al día a partir del día 91, inclusive.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago al día para los días 1 a 90. A partir del día 91, inclusive, no está cubierto.
Artículos de venta libre	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago para artículos de venta libre (OTC). El plan cubre hasta \$115 al mes.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago para artículos de venta libre (OTC). El plan cubre hasta \$125 al mes.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios de telesalud	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago para servicios adicionales de telesalud cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Los servicios adicionales de telesalud cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona electrónicamente.

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

La mayoría de los cambios en la lista de medicamentos se hacen al principio de cada año. Sin embargo, durante el año podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente los medicamentos que la FDA no considere seguros o que el fabricante del producto haya retirado del mercado. Modificamos nuestra lista de medicamentos en línea para ofrecerle la versión más actualizada.

Si lo afecta un cambio en la cobertura para medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar las opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso. Le enviamos un documento separado, llamado “Cláusula adicional de la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (“Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs”, también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos

ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que describe sus costos de medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió ese documento antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para miembros y pida la “Cláusula adicional de LIS” (LIS Rider).

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”.

La información de abajo muestra los cambios para las primeras dos etapas: la etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: etapa de período sin cobertura y etapa de cobertura catastrófica).

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina: No pagará más de \$0 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que esté.

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: etapa del deducible anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para los medicamentos en el nivel 1, el costo compartido que le corresponde en la etapa de cobertura inicial cambiará de copago a coseguro. Vea en la siguiente tabla los cambios de 2022 a 2023.

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte correspondiente del costo de sus medicamentos y usted paga la parte correspondiente del costo.	El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:	El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación) En 2022, usted pagaba \$0 de copago para los medicamentos en el nivel 1. En 2023, pagará 0% de coseguro para los medicamentos en este nivel.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) si surte la receta en una farmacia de la red que tenga costos compartidos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o recetas mediante pedidos por correo, vea la sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la lista de medicamentos.</p>	<p>Nivel 1: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Genéricos: Usted paga 0% del costo total.</p> <p>De marca preferidos: Usted paga 0% del costo total.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga 0% del costo total.</p> <p>Medicamentos de especialidad: Usted paga 0% del costo total.</p> <p>Medicamentos excluidos: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).</p>

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP)

Para continuar en nuestro plan no es necesario que usted haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO C-SNP).

Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan médico de Medicare.
- -- O-- Puede cambiarse a Medicare original. Si se cambia a Medicare original, deberá decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2023*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, consulte la sección 4) o llame a Medicare (consulte la sección 6.2).

Le recordamos que Ultimate Health Plans ofrece otros planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos planes pueden tener diferente cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiarse a otro plan médico de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará la inscripción en Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO C-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará la inscripción en Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO C-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- – o – Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de plan

Si quiere cambiarse a otro plan o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2023.

¿Hay otros períodos en el año para hacer cambios?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos. Los ejemplos incluyen personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) o cambiarse a Medicare original (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) o cambiarse a Medicare original (con o sin un plan separado de Medicare de medicamentos con receta) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

Un Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos locales a personas que tengan Medicare. Los asesores del programa SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

Puede llamar al programa SHINE al 1-800-963-5337. Para obtener más información sobre el programa SHINE, visite su sitio web (<https://www.floridashine.org>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Agencia para la Administración de Atención Médica (AHCA) de Florida, comuníquese con dicha agencia llamando al 1-888-419-3456 (TTY: 1-800-955-8771) de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo afecta la inscripción en otro plan o el regreso a Medicare Original a su cobertura de la Agencia para la Administración de Atención Médica (AHCA).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Como tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada subsidio por bajos ingresos, a menos que sea una persona calificada que trabaja y con discapacidad (QDWI). La “Ayuda adicional” paga una parte de sus medicamentos con receta, primas, deducibles anuales y coseguro. Las personas que califiquen no tendrán período sin cobertura ni penalización por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, o
 - La Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que vivan con VIH/sida a que obtengan medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia en el estado y de que tienen VIH, ingresos bajos según la definición del estado y falta de seguro/seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta mediante el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el sida de Florida. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el sida de Florida al 1-850-245-4422.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para miembros al 888-657-4170. (Solo para usuarios de TTY, llamar al 711). Atendemos llamadas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura para 2023* (tiene información sobre los beneficios y costos para el próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura para 2023* de Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com/Member/DocumentsandForms. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que se la enviemos por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/de 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), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted 2023*

Lea el manual *Medicare y usted 2023*. Este folleto se envía por correo a las personas con Medicare, cada otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para recibir información de Medicaid, puede llamar a la Agencia para la Administración de Atención Médica (AHCA) de Florida al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771.