

2023



Resumen de Beneficios

Indian River | St. Lucie

Indian River | St. Lucie

031 Premier by Ultimate (HMO)

032 Premier Plus by Ultimate (HMO)



ULTIMATE
HEALTH PLANS

Good health is where you live.

Sobre los planes médicos Ultimate

Ultimate Health Plans es un plan local de Medicare Advantage con sede en Spring Hill, Florida. Estamos orgullosos de prestar servicios en los condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota, Seminole, St. Lucie y Sumter.

Nuestra misión es dar a todos los miembros atención médica de la más alta calidad con acceso a médicos altamente calificados. Nos hacemos responsables de tratar a nuestros miembros con dignidad y respeto, prestando un servicio al cliente de primera clase y reconociendo nuestro compromiso con la comunidad como corporación local.

Sobre este folleto

Este folleto le presenta un resumen de los costos y beneficios cubiertos por nuestro plan Premier de Ultimate (HMO) y los planes Premier Plus de Ultimate (HMO). No lista todos los servicios que cubre el plan ni lista todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener 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. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. 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.

Tipos de planes Ultimate

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que da toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Medicare Original. Por lo general, solo puede recibir atención de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en emergencias).

¿Quién puede unirse?

Para inscribirse en nuestro plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en el área de servicio del plan.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en emergencias, debe usar proveedores y farmacias dentro de la red. Si usa proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios. Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro 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.

¿Este plan cubre mis medicamentos con receta?

Para averiguar qué medicamentos cubrimos y cualquier restricción, 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.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D gratis para usted. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$25 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté.

¿Cómo puedo obtener más información sobre Medicare Original?

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y usted". Véalo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/7. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Ultimate Health Plans es una HMO con un contrato de Medicare y tiene un contrato con el programa Medicaid del estado de Florida para planes duales de necesidades especiales. La inscripción en Ultimate Health Plans depende de la renovación del contrato.

Nombre del plan	Premier de Ultimate (HMO) 031
Área de servicio	Indian River, St. Lucie

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier de Ultimate (HMO) 031
Prima del plan mensual	\$0
Reducción de la prima de la Parte B	\$160.00
Deducible	Este plan no tiene deducible.
Máximo de gastos de bolsillo <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>	\$2,000
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	\$85 de copago por día, para los días 1 a 5 \$0 de copago por día, para los días 6 a 90
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios	\$150 de copago
Servicios del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	\$20 de copago
Consultas con médicos <i>(Proveedores de atención primaria y especialistas)</i>	Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$10 de copago
Atención de prevención	\$0 de copago
Atención de emergencia	En los EE. UU. • \$75 de copago En todo el mundo • \$100 de copago

Nombre del plan	Premier Plus de Ultimate (HMO) 032
Área de servicio	Indian River, St. Lucie

Sus beneficios y costos compartidos

Premier Plus de Ultimate (HMO) 032	Lo que necesita saber
\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Este plan no tiene una reducción de la prima de la Parte B.	
Este plan no tiene deducible.	
\$1,200	Esta cantidad es lo máximo que pagará por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos dentro de la red durante el año. No incluye costos de medicamentos con receta, gastos médicos incurridos durante viajes al extranjero ni costos de beneficios complementarios.
\$0 de copago por día, para los días 1 a 90	Excepto en emergencias, su médico debe informarle al plan que lo hospitalizarán. Se requiere una autorización previa para algunos servicios.
\$100 de copago	Se requiere una autorización previa para algunos servicios.
\$0 de copago	Es posible que se requiera una remisión y autorización previa para algunos servicios.
Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$0 de copago	Se requiere una remisión o autorización previa para algunos servicios. Un copago podría aplicarse por cada servicio adicional recibido en una visita en el consultorio.
\$0 de copago	Todo servicio preventivo adicional que apruebe Medicare durante el año del contrato estará cubierto. Se requiere una remisión o autorización previa para algunos servicios.
En los EE. UU. • \$50 de copago En todo el mundo • \$100 de copago	Si es hospitalizado en un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia en los EE. UU. y sus territorios. Pagamos hasta \$50,000 por servicios de emergencia cubiertos recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier de Ultimate (HMO) 031
Servicios necesarios con urgencia	\$10 de copago
Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorios y diagnóstico por imágenes en un centro independiente o en un consultorio <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio Radiografías ambulatorias Procedimientos y exámenes de diagnóstico Servicios radiológicos de diagnóstico 	Servicios de laboratorio y radiografías <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$0 de copago para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías Procedimientos y exámenes de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$75 de copago para estudios del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$50 de copago por pruebas de tensión, conducción nerviosa, CT, MRI • \$100 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear
Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y diagnóstico por imágenes en un hospital para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio Radiografías ambulatorias Procedimientos y exámenes de diagnóstico Servicios radiológicos de diagnóstico 	Servicios de laboratorio y radiografías <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$150 de copago para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías Procedimientos y exámenes de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$150 de copago para estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$150 de copago por pruebas de tensión, conducción nerviosa, CT, MRI • \$150 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear

Sus beneficios y costos compartidos

Premier Plus de Ultimate (HMO) 032	Lo que necesita saber
\$10 de copago	Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de los servicios de urgencia.
Servicios de laboratorio y radiografías <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$0 de copago para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías Procedimientos y exámenes de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$50 de copago para estudios del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$25 de copago por pruebas de tensión, conducción nerviosa, CT, MRI • \$100 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear 	Se requiere una autorización previa para algunos servicios. Todos los servicios prestados en un centro de hospital para pacientes ambulatorios están sujetos al copago del hospital para pacientes ambulatorios.
Servicios de laboratorio y radiografías <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$100 de copago para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías Procedimientos y exámenes de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$100 de copago para estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$100 de copago por pruebas de tensión, conducción nerviosa, CT, MRI • \$100 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear 	Se requiere una autorización previa para algunos servicios. Todos los servicios prestados en un centro de hospital para pacientes ambulatorios están sujetos al copago del hospital para pacientes ambulatorios.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier de Ultimate (HMO) 031
Servicios de audición	<p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de audición de rutina (1 cada año) Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año) Audífonos <p>Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales preventivos Servicios dentales integrales Servicios dentales que no son de rutina, cubiertos por Medicare 	<p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 evaluación bucal cada 6 meses 1 limpieza cada 6 meses 1 tratamiento de flúor cada 6 meses 2 radiografías dentales cada año 1 examen oral integral cada 3 años 3 empastes por año 1 corona por año 4 procedimientos de eliminación de sarro periodontal y alisado radicular por cuadrante por año (limpieza profunda) 2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de una cirugía activa por año 1 extracción simple por año 1 extracción quirúrgica por año

Sus beneficios y costos compartidos

Premier Plus de Ultimate (HMO) 032	Lo que necesita saber
<p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de audición de rutina (1 cada año) Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año) Audífonos <p>Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.</p>	<p>Los servicios debe prestarlos un proveedor participante en la red de proveedores de servicios de audición del Plan.</p> <p>Los miembros recibirán una selección de fabricantes de audífonos para elegir.</p>
<p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 evaluación bucal cada 6 meses 1 limpieza cada 6 meses 1 tratamiento de flúor cada 6 meses 2 radiografías dentales cada año 1 examen oral integral cada 3 años 4 empastes por año 1 corona por año 1 desbridamiento bucal completo cada 2 años 4 procedimientos de eliminación de sarro periodontal y alisado radicular por cuadrante por año (limpieza profunda) 2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de una cirugía activa por año 1 extracción simple por año 1 extracción quirúrgica por año Extracciones simples y quirúrgicas necesarias ilimitadas para adaptar prótesis dentales 3 endodoncias por año <p>Las dentaduras postizas pueden incluir 1 de lo siguiente por arco cada 5 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prótesis completa, maxilar o mandibular Prótesis inmediata, maxilar o mandibular Prótesis parcial maxilar o mandibular, base de resina Prótesis parcial maxilar o mandibular, metal fundido, base de resina Prótesis parcial maxilar o mandibular, base flexible Rebase de dentadura postiza maxilar o mandibular (1 por año) 	<p>Las radiografías pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Primera imagen radiográfica periapical intraoral Intraoral, periapical cada imagen radiográfica adicional De aleta de mordida, imagen radiográfica única, o de aleta de mordida, dos, tres o cuatro imágenes radiográficas Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas 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, una o más superficies, primaria o permanente Compuesto a base de resina, de una a tres superficies, anterior, cuatro o más superficies, con 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, diente erupcionado o raíz expuesta Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o sección del diente <p>Las extracciones quirúrgicas pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Extracción de un diente impactado Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte) <p>Cobertura adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales médicamente necesarios que no sean de rutina, según lo cubierto por Medicare Original Anestesia necesaria con servicio cubierto <p>Algunos servicios pueden necesitar autorización previa.</p>

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier de Ultimate (HMO) 031
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista • Anteojos y lentes de contacto 	<p>Nuestro plan cubre</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen de la vista de rutina por año • Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen con un optometrista <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen con un oftalmólogo <p>Nuestro plan da un límite de beneficio anual de hasta un valor de farmacia de \$200 para anteojos:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto O • 1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales O • 1 montura <p>Nuestro plan da las siguientes actualizaciones por año:</p> <p>\$50 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes progresivos estándar <p>\$40 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 par adicional de anteojos de sol recetados de una selección con lentes polarizados (grises o marrones) O <p>\$30 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes fotocromáticos <p>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 montura de una selección establecida de monturas O • Lentes para anteojos monofocales, bifocales o trifocales estándar • En lugar de anteojos, puede seleccionar lentes de contacto hasta el límite del beneficio anual

Sus beneficios y costos compartidos

Premier Plus de Ultimate (HMO) 032	Lo que necesita saber
<p>Nuestro plan cubre</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen de la vista de rutina por año • Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen con un optometrista <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen con un oftalmólogo <p>Nuestro plan da un límite de beneficio anual de hasta un valor de farmacia de \$300 para anteojos:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto O • 1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales O • 1 montura <p>Nuestro plan da las siguientes actualizaciones por año:</p> <p>\$50 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes progresivos estándar <p>\$40 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 par adicional de anteojos de sol recetados de una selección con lentes polarizados (grises o marrones) O <p>\$30 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes fotocromáticos <p>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 montura de una selección establecida de monturas O • Lentes para anteojos monofocales, bifocales o trifocales estándar • En lugar de anteojos, puede seleccionar lentes de contacto hasta el límite del beneficio anual 	<ul style="list-style-type: none"> • La cantidad del beneficio por año se puede aplicar solo a los lentes, solo a la montura o a ambos. • Los anteojos estándar incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Monofocales, • Bifocales (FT 28) o • Lentes trifocales (7X28) • La actualización a lentes progresivos no afecta el límite anual para anteojos. • El beneficio de anteojos de sol recetados es adicional y no afecta el límite de beneficio anual de anteojos. Este beneficio podrá usarse una vez al año. <p>El beneficio adicional de anteojos de sol recetados o lentes fotocromáticos permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opción de seleccionar anteojos de sol con receta con lentes polarizados (grises o marrones) de una selección especial de monturas O lentes fotocromáticos. • La adaptación de lentes de contacto no es un beneficio cubierto.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier de Ultimate (HMO) 031
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización Visitas de terapia grupal para pacientes ambulatorios Visitas de terapia individual para pacientes ambulatorios 	\$85 de copago por día, para los días 1 a 5 \$0 de copago por día, para los días 6 a 90 \$10 de copago para visitas de terapia grupales \$10 de copago para visitas de terapia individual
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, para los días 1 a 20 \$150 de copago por día, para los días 21 a 40 \$0 de copago por día, para los días 41 a 100
Fisioterapia <ul style="list-style-type: none"> Visita de fisioterapia Servicios de patología del habla y el lenguaje Visita de terapia ocupacional 	\$15 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia Patología del habla y lenguaje \$15 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> Terapia ocupacional
Ambulancia	\$150 de copago para el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro para el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare
Transportación	\$0 de copago por 20 viajes de ida
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% de coseguro por <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio Otros medicamentos de la Parte B

Sus beneficios y costos compartidos

Premier Plus de Ultimate (HMO) 032	Lo que necesita saber
\$0 de copago por día, para los días 1 a 90 \$0 de copago para visitas de terapia grupales \$0 de copago para visitas de terapia individual	Excepto en emergencias, su médico debe informarle al plan que lo hospitalizarán. Se requiere una remisión o autorización previa para algunos servicios.
\$0 de copago por día, para los días 1 a 20 \$150 de copago por día, para los días 21 a 31 \$0 de copago por día, para los días 32 a 100	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Los copagos para los beneficios de los Centros de Enfermería Especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios inicia el día en que es hospitalizado y finaliza cuando no ha recibido atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si entra a un SNF después de que finalizó un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios. Se requiere una remisión o autorización previa para algunos servicios.
\$0 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia Patología del habla y lenguaje \$0 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> Terapia ocupacional 	Los servicios prestados en un centro de hospital para pacientes ambulatorios están sujetos al copago del hospital para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera una remisión o autorización previa para algunos servicios.
\$150 de copago para el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro para el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare	Excepto en emergencias, este servicio puede requerir autorización previa.
\$0 de copago por 20 viajes de ida	Nuestro plan cubre los transportes relacionados con asuntos médicos a cualquier lugar aprobado por el plan. Llame al 855-306-0700 (TTY 711) con 72 horas de antelación para programar su viaje. Tenga a mano la siguiente información, si corresponde: <ul style="list-style-type: none"> Cita o fecha y hora de llegada prevista Dirección de destino Número telefónico de destino Si visita a un proveedor, el nombre del médico
20% de coseguro por <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio Otros medicamentos de la Parte B 	El copago del especialista correspondiente se aplica cuando se da durante una visita en el consultorio del médico/especialista. Se requiere una remisión o autorización previa para algunos servicios.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier de Ultimate (HMO) 031
Cuidado de los pies (<i>servicios de podología</i>) Exámenes y tratamientos de los pies, cubiertos por Medicare	\$10 de copago
Programa de bienestar • Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® • Educación médica • Dejar de fumar y consumir tabaco adicionalmente	\$0 de copago
De venta libre (OTC)	Hasta \$50 cada mes
Beneficios de comidas	\$0 de copago
Equipos/suministros médicos • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, miembros artificiales) • Suministros para diabéticos	20% de coseguro por • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis \$0 de copago por • Suministros para el control de la diabetes \$0 de copago por • Capacitación para el autocontrol de la diabetes \$0 de copago por • Zapatos para diabéticos

Sus beneficios y costos compartidos

Premier Plus de Ultimate (HMO) 032	Lo que necesita saber
\$0 de copago	Se requiere una remisión.
\$0 de copago	
Hasta \$50 cada mes	La cantidad del beneficio no se transfiere de un mes a otro.
\$0 de copago	Después de un alta del hospital a su domicilio, recibe un máximo de 14 comidas durante un período de 1 semana. Este beneficio no tiene un máximo anual.
20% de coseguro por • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis \$0 de copago por • Suministros para el control de la diabetes \$0 de copago por • Capacitación para el autocontrol de la diabetes \$0 de copago por • Zapatos para diabéticos	Se requiere autorización para algunos servicios.

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

¿Cómo determino el costo de mi medicamento con receta?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de 4 “Niveles”. Debe usar el formulario de nuestro plan para ubicar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. La cantidad que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que alcanzó. Para averiguar qué medicamentos cubrimos, puede consultar nuestra lista completa de medicamentos y cualquier restricción o limitación en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com, o llámenos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos. El Formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

¿Cómo sé cuánto pago en cada etapa?

Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que está cuando obtiene el medicamento. Dado que estos planes no tienen deducible, usted comienza en la etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, nuestro plan también cubre insulinas seleccionadas. Usted paga **\$5 a \$25** de copago por un suministro para un mes de insulinas seleccionadas. Para averiguar qué medicamentos son insulinas selectas, revise la lista de medicamentos de nuestro plan (también llamada formulario).

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura. Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo anual total del medicamento (incluyendo lo que pagó nuestro plan y lo que usted pagó) alcanza \$4,660. No todos entrarán en el período sin cobertura. Si entra en el período sin cobertura, nuestros planes seguirán cubriendo los medicamentos en el **Nivel 1 Genérico**. Para los medicamentos del **Nivel 1** usted paga las cantidades de copago mostradas en la tabla de medicamentos con receta. Además, durante el período sin cobertura, sus gastos de bolsillo por un suministro para un mes de insulinas selectas serán de **\$5 a \$25**.

Para los medicamentos de marca cubiertos, usted paga **25%** del precio (más una parte de la tarifa de suministro) mientras esté en el período sin cobertura. Usted permanece en la etapa de período sin cobertura hasta que sus costos sumen \$7,400, que es el final del período sin cobertura y el comienzo de la etapa de cobertura catastrófica, en la que el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos.

El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija (es decir, de la red, fuera de la red, pedido por correo, atención a largo plazo, infusión en el domicilio, etc.), el suministro del día (es decir, para 30 días o 90 días) y cuándo entra a otra etapa del beneficio de la Parte D. Si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y usa una farmacia de LTC, paga lo mismo que en una farmacia. Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más de lo que paga en una farmacia de la red. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte la Evidencia de Cobertura del plan en línea.

Ahorre aún más con los PEDIDOS POR CORREO

¡Puede ahorrar más usando el servicio de farmacia de pedidos por correo de Ultimate Health Plans! Recibirá un suministro de medicamentos para tres meses directamente en su puerta y pagará el mismo copago que pagaría normalmente por un suministro para dos meses en su farmacia local.

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Plan	Premier de Ultimate (HMO) 031			
Nivel de costo compartido	Copago o coseguro por un suministro para 30 días en farmacia	Copago o coseguro por un suministro para 90 días en farmacia	Copago o coseguro por un suministro para 90 días en la farmacia de pedidos por correo	Copago o coseguro por un suministro para 31 días de atención a largo plazo
Etapa de cobertura inicial				
Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2	\$25	\$75	\$50	\$25
Nivel 3	\$65	\$195	\$130	\$65
Nivel 4	33% de coseguro	No cubierto	No cubierto	33% de coseguro
Etapa del período sin cobertura				
Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0

Plan	Premier Plus de Ultimate (HMO) 032			
Nivel de costo compartido	Copago o coseguro por un suministro para 30 días en farmacia	Copago o coseguro por un suministro para 90 días en farmacia	Copago o coseguro por un suministro para 90 días en la farmacia de pedidos por correo	Copago o coseguro por un suministro para 31 días de atención a largo plazo
Etapa de cobertura inicial				
Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2	\$5	\$15	\$10	\$5
Nivel 3	\$45	\$135	\$90	\$45
Nivel 4	33% de coseguro	No cubierto	No cubierto	33% de coseguro
Etapa del período sin cobertura				
Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-855-858-7526 (TTY 711).

Entienda sus beneficios

- La Evidencia de Cobertura (EOC) incluye una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.ChooseUltimate.com o llame al 1-855-858-7526 (TTY 711) para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Entienda las reglas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima por lo general se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden 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 están en el directorio de proveedores).
- Efecto en la Cobertura Actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Por favor comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.

Aviso que informa a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad: La discriminación es ilegal

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

Ultimate Health Plans:

- Da ayuda y presta servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratis de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - 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 prestó estos servicios o lo discriminó de otra forma 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, o el tratamiento o el empleo en sus programas y actividades, puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas de Ultimate Health Plans. Dirección: PO Box 6560, Spring Hill, FL 34611. Teléfono: 1-888-657-4170 (los usuarios de TTY deben marcar al 711). Fax: 1-800-313-2798. Email: GrievanceAndAppeals@ulthp.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, un coordinador de quejas formales de Ultimate Health Plans puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica en el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de interpretación en varios idiomas de Ultimate Health Plans

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-657-4170 (TTY: 711). Someone who speaks English or the needed language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-657-4170 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-657-4170 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-657-4170 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-657-4170 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-657-4170 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-657-4170 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-657-4170 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-657-4170 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-657-4170 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic:

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-888-657-888-4170 (TTY: 711) برقمنا. سيقوم شخص بمساعدتك. هذه خدمة مجانية ما يتحدث العربية

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-657-4170 (TTY: 711) पर कॉल करें। कोई हिंदी बोलने वाला आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-657-4170 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-657-4170 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-657-4170 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-657-4170 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-888-657-4170 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Gujarati: અમારા સ્વાસ્થ્ય અથવા દવાના યાજના વૃદ્ધિ તમારા કાંઈપણ પ્રશ્નના જવાબ આપવા માટે અમારા પુસ્ત મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને 1-888-657-4170 (TTY: 711) પર કોલ કરો. ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ અંક મફત સેવા છે.

Thai: เรามีบริการสามฟรีเพื่อตอบคำถามที่ค้คุณอาจมีเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนยาของเรา หากต้องการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-888-657-4170 (TTY: 711) คนที่พูดภาษาไทยสามารถช่วยคุณได้ นี่เป็นบริการฟรี

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

Octubre 1 - Marzo 31:
Lunes - Domingo, 8 am - 8 pm

Abril 1 - Septiembre 30:
Lunes - Viernes, 8 am - 8 pm



Oficina de Extensión Comunitaria



303 SE 17th St, STE 305
Ocala, FL 34471



2713 Forest Rd
Spring Hill, FL 34606



4058 Tampa Rd, STE 7
Oldsmar, FL 34677



600 N US Hwy 1, STE A
Fort Pierce, FL 34950



Visite nuestro sitio web en
www.ChooseUltimate.com

