

# 2023



## Resumen de Beneficios

Hillsborough | Pinellas | Polk

### Hillsborough | Pinellas

026 Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP)

025 Advantage Care COPD by Ultimate (HMO C-SNP)

### Polk

051 Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP)

034 Advantage Care COPD by Ultimate (HMO C-SNP)



**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 nuestros planes Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) y Advantage Care COPD de Ultimate (HMO C-SNP). 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](http://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).

**Plan de Necesidades Especiales HMO de Medicare (HMO SNP):** Un plan HMO Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Los ejemplos de los grupos específicos atendidos incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en asilos y personas con ciertas condiciones crónicas.

## ¿Quién puede unirse?

Para unirse a nuestro plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, tener el diagnóstico de una condición crónica que califique 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](http://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](http://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 \$10 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.

<b>Nombre del plan</b>	Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 026	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 025
<b>Área de servicio</b>	Hillsborough, Pinellas	Hillsborough, Pinellas
<b>Criterios de elegibilidad del plan de necesidades especiales</b>	Diagnosticado con diabetes, trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica	Diagnosticado con trastornos pulmonares crónicos

<b>Nombre del plan</b>	Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 051	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 034
<b>Área de servicio</b>	Polk	Polk
<b>Criterios de elegibilidad del plan de necesidades especiales</b>	Diagnosticado con diabetes, trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica	Diagnosticado con trastornos pulmonares crónicos

### Sus beneficios y costos compartidos

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 026</b>	<b>Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 025</b>
<b>Prima del plan mensual</b>	\$0	\$0
<b>Reducción de la prima de la Parte B</b>	\$164.90	\$164.90
<b>Deducible</b>	Este plan <b>no</b> tiene deducible.	Este plan <b>no</b> tiene deducible.
<b>Máximo de gastos de bolsillo</b> <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>	\$1,600	\$1,750
<b>Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados</b>	\$60 de copago por día, para los días 1 a 5  \$0 de copago por día, para los días 6 a 90	\$60 de copago por día, para los días 1 a 5  \$0 de copago por día, para los días 6 a 90
<b>Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios</b>	\$150 de copago	\$70 de copago
<b>Servicios del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)</b>	\$25 de copago	\$25 de copago
<b>Consultas con médicos</b> <i>(Proveedores de atención primaria y especialistas)</i>	<b>Proveedores de atención primaria</b> • \$0 de copago  <b>Especialistas</b> • \$10 de copago	<b>Proveedores de atención primaria</b> • \$0 de copago  <b>Especialistas</b> • \$7 de copago

### Sus beneficios y costos compartidos

<b>Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 051</b>	<b>Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 034</b>	<b>Lo que necesita saber</b>
\$0	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
\$164.90	\$155.00	
Este plan <b>no</b> tiene deducible.	Este plan <b>no</b> tiene deducible.	
\$3,200	\$3,300	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.
\$160 de copago por día, para los días 1 a 5  \$0 de copago por día, para los días 6 a 90	\$160 de copago por día, para los días 1 a 5  \$0 de copago por día, para los días 6 a 90	Excepto en emergencias, su médico debe informarle al plan que lo hospitalizarán. Se requiere una autorización previa para algunos servicios.
\$195 de copago	\$150 de copago	Se requiere una autorización previa para algunos servicios.
\$25 de copago	\$50 de copago	Es posible que se requiera una remisión y autorización previa para algunos servicios.
<b>Proveedores de atención primaria</b> • \$0 de copago  <b>Especialistas</b> • \$15 de copago	<b>Proveedores de atención primaria</b> • \$0 de copago  <b>Especialistas</b> • \$20 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.

### Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 026	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 025
Atención de prevención	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de emergencia	En los EE. UU. • \$75 de copago  En todo el mundo • \$100 de copago	En los EE. UU. • \$75 de copago  En todo el mundo • \$100 de copago
Servicios necesarios con urgencia	\$10 de copago	\$10 de copago
Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorios y diagnóstico por imágenes en un centro independiente o en un consultorio • Servicios de laboratorio • Radiografías ambulatorias • Procedimientos y exámenes de diagnóstico • Servicios radiológicos de diagnóstico	<p><b>Servicios de laboratorio y radiografías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% de coseguro por pruebas genéticas</li> <li>• \$0 de copago para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías</li> </ul> <p><b>Procedimientos y exámenes de diagnóstico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea</li> <li>• \$50 de copago para estudios del sueño, pruebas psicológicas</li> </ul> <p><b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía</li> <li>• \$25 de copago por pruebas de tensión, conducción nerviosa, CT, MRI</li> <li>• \$75 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear</li> </ul>	<p><b>Servicios de laboratorio y radiografías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% de coseguro por pruebas genéticas</li> <li>• \$0 de copago para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías</li> </ul> <p><b>Procedimientos y exámenes de diagnóstico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea</li> <li>• \$50 de copago para estudios del sueño, pruebas psicológicas</li> </ul> <p><b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía</li> <li>• \$25 de copago por pruebas de tensión, conducción nerviosa, CT, MRI</li> <li>• \$75 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear</li> </ul>

### Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 051	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 034	Lo que necesita saber
\$0 de copago	\$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. • \$75 de copago  En todo el mundo • \$100 de copago	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.
\$10 de copago	\$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.
<p><b>Servicios de laboratorio y radiografías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% de coseguro por pruebas genéticas</li> <li>• \$0 de copago para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías</li> </ul> <p><b>Procedimientos y exámenes de diagnóstico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea</li> <li>• 20% de coseguro por estudios del sueño</li> </ul> <p><b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía</li> <li>• \$25 de copago por pruebas de tensión, conducción nerviosa, CT, MRI</li> <li>• \$25 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear</li> </ul>	<p><b>Servicios de laboratorio y radiografías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% de coseguro por pruebas genéticas</li> <li>• \$0 de copago para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías</li> </ul> <p><b>Procedimientos y exámenes de diagnóstico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea</li> <li>• \$50 de copago para estudios del sueño, pruebas psicológicas</li> </ul> <p><b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía</li> <li>• \$25 de copago por pruebas de tensión, conducción nerviosa, CT, MRI</li> <li>• \$75 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear</li> </ul>	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	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 026	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 025
<b>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y diagnóstico por imágenes en un hospital para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de laboratorio</li> <li>Radiografías ambulatorias</li> <li>Procedimientos y exámenes de diagnóstico</li> <li>Servicios radiológicos de diagnóstico</li> </ul>	<b>Servicios de laboratorio y radiografías</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>20% de coseguro</b> por pruebas genéticas</li> <li>• <b>\$150 de copago</b> para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías</li> </ul> <b>Procedimientos y exámenes de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$150 de copago</b> por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea</li> <li>• <b>\$150 de copago</b> para estudios del sueño, pruebas psicológicas</li> </ul> <b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$150 de copago</b> por ultrasonidos y ecocardiografía</li> <li>• <b>\$150 de copago</b> por pruebas de tensión, conducción nerviosa, CT, MRI</li> <li>• <b>\$150 de copago</b> por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear</li> </ul>	<b>Servicios de laboratorio y radiografías</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>20% de coseguro</b> por pruebas genéticas</li> <li>• <b>\$70 de copago</b> para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías</li> </ul> <b>Procedimientos y exámenes de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$70 de copago</b> por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea</li> <li>• <b>\$70 de copago</b> para estudios del sueño, pruebas psicológicas</li> </ul> <b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$70 de copago</b> por ultrasonidos y ecocardiografía</li> <li>• <b>\$70 de copago</b> por pruebas de tensión, conducción nerviosa, CT, MRI</li> <li>• <b>\$75 de copago</b> por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear</li> </ul>
<b>Servicios de audición</b>	<b>\$0 de copago</b> por <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de audición de rutina (1 cada año)</li> <li>Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año)</li> <li>Audífonos</li> </ul> Nuestro plan paga hasta <b>\$2,000</b> (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.	<b>\$0 de copago</b> por <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de audición de rutina (1 cada año)</li> <li>Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año)</li> <li>Audífonos</li> </ul> Nuestro plan paga hasta <b>\$2,000</b> (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.

### Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 051	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 034	Lo que necesita saber
<b>Servicios de laboratorio y radiografías</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>20% de coseguro</b> por pruebas genéticas</li> <li>• <b>\$195 de copago</b> para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías</li> </ul> <b>Procedimientos y exámenes de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$195 de copago</b> por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea</li> <li>• <b>20% de coseguro</b> por estudios del sueño</li> </ul> <b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$195 de copago</b> por ultrasonidos y ecocardiografía</li> <li>• <b>\$195 de copago</b> por pruebas de tensión, conducción nerviosa, CT, MRI</li> <li>• <b>\$195 de copago</b> por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear</li> </ul>	<b>Servicios de laboratorio y radiografías</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>20% de coseguro</b> por pruebas genéticas</li> <li>• <b>\$150 de copago</b> para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías</li> </ul> <b>Procedimientos y exámenes de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$150 de copago</b> por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea</li> <li>• <b>\$150 de copago</b> para estudios del sueño, pruebas psicológicas</li> </ul> <b>Servicios radiológicos de diagnóstico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$150 de copago</b> por ultrasonidos y ecocardiografía</li> <li>• <b>\$150 de copago</b> por pruebas de tensión, conducción nerviosa, CT, MRI</li> <li>• <b>\$150 de copago</b> por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear</li> </ul>	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.
<b>\$0 de copago</b> por <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de audición de rutina (1 cada año)</li> <li>Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año)</li> <li>Audífonos</li> </ul> Nuestro plan paga hasta <b>\$2,000</b> (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.	<b>\$0 de copago</b> por <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de audición de rutina (1 cada año)</li> <li>Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año)</li> <li>Audífonos</li> </ul> Nuestro plan paga hasta <b>\$2,000</b> (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.	Los servicios debe prestarlos un proveedor participante en la red de proveedores de servicios de audición del Plan.  Los miembros recibirán una selección de fabricantes de audífonos para elegir.

### Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 026	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 025
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales preventivos</li> <li>Servicios dentales integrales</li> <li>Servicios dentales que no son de rutina, cubiertos por Medicare</li> </ul>	<b>\$0 de copago por</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 evaluación bucal cada 6 meses</li> <li>1 limpieza cada 6 meses</li> <li>1 tratamiento de flúor cada 6 meses</li> <li>2 radiografías dentales cada año</li> <li>1 examen oral integral cada 3 años</li> <li>3 empastes por año</li> <li>1 corona por año</li> <li>4 procedimientos de eliminación de sarro periodontal y alisado radicular por cuadrante por año (limpieza profunda)</li> <li>2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de una cirugía activa por año</li> <li>1 extracción simple por año</li> <li>1 extracción quirúrgica por año</li> <li>1 endodoncia por año</li> </ul>	<b>\$0 de copago por</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 evaluación bucal cada 6 meses</li> <li>1 limpieza cada 6 meses</li> <li>1 tratamiento de flúor cada 6 meses</li> <li>2 radiografías dentales cada año</li> <li>1 examen oral integral cada 3 años</li> <li>3 empastes por año</li> <li>1 corona por año</li> <li>1 desbridamiento bucal completo cada 2 años</li> <li>4 procedimientos de eliminación de sarro periodontal y alisado radicular por cuadrante por año (limpieza profunda)</li> <li>2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de una cirugía activa por año</li> <li>1 extracción simple por año</li> <li>1 extracción quirúrgica por año</li> <li>Extracciones simples y quirúrgicas necesarias ilimitadas para adaptar prótesis dentales</li> <li>1 endodoncia por año</li> </ul> <p><b>Las dentaduras postizas pueden incluir 1 de lo siguiente por arco cada 5 años:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prótesis completa, maxilar o mandibular</li> <li>Prótesis inmediata, maxilar o mandibular</li> <li>Prótesis parcial maxilar o mandibular, base de resina</li> <li>Prótesis parcial maxilar o mandibular, metal fundido, base de resina</li> <li>Prótesis parcial maxilar o mandibular, base flexible</li> <li>Rebase de dentadura postiza maxilar o mandibular (1 por año)</li> </ul>

### Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 051	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 034	Lo que necesita saber
<b>\$0 de copago por</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 evaluación bucal cada 6 meses</li> <li>1 limpieza cada 6 meses</li> <li>1 tratamiento de flúor cada 6 meses</li> <li>2 radiografías dentales cada año</li> <li>1 examen oral integral cada 3 años</li> <li>3 empastes por año</li> <li>1 corona por año</li> <li>4 procedimientos de eliminación de sarro periodontal y alisado radicular por cuadrante por año (limpieza profunda)</li> <li>2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de una cirugía activa por año</li> <li>1 extracción simple por año</li> <li>1 extracción quirúrgica por año</li> <li>1 endodoncia por año</li> </ul>	<b>\$0 de copago por</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 evaluación bucal cada 6 meses</li> <li>1 limpieza cada 6 meses</li> <li>1 tratamiento de flúor cada 6 meses</li> <li>2 radiografías dentales cada año</li> <li>1 examen oral integral cada 3 años</li> <li>3 empastes por año</li> <li>1 corona por año</li> <li>4 procedimientos de eliminación de sarro periodontal y alisado radicular por cuadrante por año (limpieza profunda)</li> <li>2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de una cirugía activa por año</li> <li>1 extracción simple por año</li> <li>1 extracción quirúrgica por año</li> <li>1 endodoncia por año</li> </ul>	<p><b>Las radiografías pueden incluir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Primera imagen radiográfica periapical intraoral</li> <li>Intraoral, periapical cada imagen radiográfica adicional</li> <li>De aleta de mordida, imagen radiográfica única, o de aleta de mordida, dos, tres o cuatro imágenes radiográficas</li> <li>Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas 1 cada 3 años</li> <li>Imágenes radiográficas panorámicas cubiertas 1 cada 3 años</li> </ul> <p><b>Los empastes pueden incluir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amalgama, una o más superficies, primaria o permanente</li> <li>Compuesto a base de resina, de una a tres superficies, anterior, cuatro o más superficies, con ángulo incisal</li> <li>Compuesto a base de resina, una o más superficies, posterior</li> </ul> <p><b>Las extracciones simples pueden incluir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta</li> <li>Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o sección del diente</li> </ul> <p><b>Las extracciones quirúrgicas pueden incluir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Extracción de diente impactado</li> <li>Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)</li> </ul> <p><b>Cobertura adicional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales médicamente necesarios que no sean de rutina, según lo cubierto por Medicare Original</li> <li>Anestesia necesaria con servicio cubierto</li> </ul> <p>Algunos servicios pueden necesitar autorización previa.</p>

### Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 026	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 025
<b>Servicios de la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes de la vista</li> <li>Anteojos y lentes de contacto</li> </ul>	<p><b>Nuestro plan cubre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 examen de la vista de rutina por año</li> <li>Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen con un optometrista</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen con un oftalmólogo</li> </ul> <p><b>Nuestro plan da un límite de beneficio anual de hasta un valor de farmacia de \$300 para anteojos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por</li> <li>Lentes de contacto O</li> <li>1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales O</li> <li>1 montura</li> </ul> <p><b>Nuestro plan da las siguientes actualizaciones por año:</b></p> <p><b>\$50 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes progresivos estándar</li> </ul> <p><b>\$40 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 par adicional de anteojos de sol recetados de una selección con lentes polarizados (grises o marrones) O</li> </ul> <p><b>\$30 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes fotocromáticos</li> </ul> <p><b>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 montura de una selección establecida de monturas O</li> <li>Lentes para anteojos monofocales, bifocales o trifocales estándar</li> <li>En lugar de anteojos, puede seleccionar lentes de contacto hasta el límite del beneficio anual</li> </ul>	<p><b>Nuestro plan cubre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 examen de la vista de rutina por año</li> <li>Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen con un optometrista</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen con un oftalmólogo</li> </ul> <p><b>Nuestro plan da un límite de beneficio anual de hasta un valor de farmacia de \$300 para anteojos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por</li> <li>Lentes de contacto O</li> <li>1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales O</li> <li>1 montura</li> </ul> <p><b>Nuestro plan da las siguientes actualizaciones por año:</b></p> <p><b>\$50 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes progresivos estándar</li> </ul> <p><b>\$40 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 par adicional de anteojos de sol recetados de una selección con lentes polarizados (grises o marrones) O</li> </ul> <p><b>\$30 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes fotocromáticos</li> </ul> <p><b>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 montura de una selección establecida de monturas O</li> <li>Lentes para anteojos monofocales, bifocales o trifocales estándar</li> <li>En lugar de anteojos, puede seleccionar lentes de contacto hasta el límite del beneficio anual</li> </ul>

### Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 051	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 034	Lo que necesita saber
<p><b>Nuestro plan cubre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 examen de la vista de rutina por año</li> <li>Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen con un optometrista</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen con un oftalmólogo</li> </ul> <p><b>Nuestro plan da un límite de beneficio anual de hasta un valor de farmacia de \$300 para anteojos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por</li> <li>Lentes de contacto O</li> <li>1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales O</li> <li>1 montura</li> </ul> <p><b>Nuestro plan da las siguientes actualizaciones por año:</b></p> <p><b>\$50 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes progresivos estándar</li> </ul> <p><b>\$40 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 par adicional de anteojos de sol recetados de una selección con lentes polarizados (grises o marrones) O</li> </ul> <p><b>\$30 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes fotocromáticos</li> </ul> <p><b>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 montura de una selección establecida de monturas O</li> <li>Lentes para anteojos monofocales, bifocales o trifocales estándar</li> <li>En lugar de anteojos, puede seleccionar lentes de contacto hasta el límite del beneficio anual</li> </ul>	<p><b>Nuestro plan cubre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 examen de la vista de rutina por año</li> <li>Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen con un optometrista</li> </ul> <p><b>\$0 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen con un oftalmólogo</li> </ul> <p><b>Nuestro plan da un límite de beneficio anual de hasta un valor de farmacia de \$200 para anteojos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por</li> <li>Lentes de contacto O</li> <li>1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales O</li> <li>1 montura</li> </ul> <p><b>Nuestro plan da las siguientes actualizaciones por año:</b></p> <p><b>\$50 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes progresivos estándar</li> </ul> <p><b>\$40 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 par adicional de anteojos de sol recetados de una selección con lentes polarizados (grises o marrones) O</li> </ul> <p><b>\$30 de copago por</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes fotocromáticos</li> </ul> <p><b>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 montura de una selección establecida de monturas O</li> <li>Lentes para anteojos monofocales, bifocales o trifocales estándar</li> <li>En lugar de anteojos, puede seleccionar lentes de contacto hasta el límite del beneficio anual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La cantidad del beneficio por año se puede aplicar solo a los lentes, solo a la montura o a ambos.</li> <li>Los anteojos estándar incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Monofocales,</li> <li>Bifocales (FT 28) o</li> <li>Lentes trifocales (7X28)</li> </ul> </li> <li>La actualización a lentes progresivos no afecta el límite anual para anteojos.</li> <li>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.</li> </ul> <p><b>El beneficio adicional de anteojos de sol recetados o lentes fotocromáticos permite:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Opción de seleccionar anteojos de sol con receta con lentes polarizados (grises o marrones) de una selección especial de monturas O lentes fotocromáticos.</li> <li>La adaptación de lentes de contacto no es un beneficio cubierto.</li> </ul>

### Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 026	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 025
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalización</li> <li>Visitas de terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> <li>Visitas de terapia individual para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<b>\$60 de copago por día, para los días 1 a 5</b>  <b>\$0 de copago por día, para los días 6 a 90</b>  <b>\$10 de copago</b> para visitas de terapia grupales  <b>\$10 de copago</b> para visitas de terapia individual	<b>\$60 de copago por día, para los días 1 a 5</b>  <b>\$0 de copago por día, para los días 6 a 90</b>  <b>\$7 de copago</b> para visitas de terapia grupales  <b>\$7 de copago</b> para visitas de terapia individual
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	<b>\$0 de copago por día, para los días 1 a 20</b>  <b>\$150 de copago por día, para los días 21 a 38</b>  <b>\$0 de copago por día, para los días 39 a 100</b>	<b>\$0 de copago por día, para los días 1 a 20</b>  <b>\$150 de copago por día, para los días 21 a 38</b>  <b>\$0 de copago por día, para los días 39 a 100</b>
<b>Fisioterapia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita de fisioterapia</li> <li>Servicios de patología del habla y el lenguaje</li> <li>Visita de terapia ocupacional</li> </ul>	<b>\$10 de copago</b> por visita <ul style="list-style-type: none"> <li>Fisioterapia</li> <li>Patología del habla y lenguaje</li> </ul> <b>\$10 de copago</b> por visita <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia ocupacional</li> </ul>	<b>\$7 de copago</b> por visita <ul style="list-style-type: none"> <li>Fisioterapia</li> <li>Patología del habla y lenguaje</li> </ul> <b>\$7 de copago</b> por visita <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia ocupacional</li> </ul>
<b>Ambulancia</b>	<b>\$150 de copago</b> para el beneficio de <b>ambulancia terrestre</b> de ida, cubierto por Medicare  <b>20% de coseguro</b> para el beneficio de <b>ambulancia aérea</b> de ida, cubierto por Medicare	<b>\$150 de copago</b> para el beneficio de <b>ambulancia terrestre</b> de ida, cubierto por Medicare  <b>20% de coseguro</b> para el beneficio de <b>ambulancia aérea</b> de ida, cubierto por Medicare

### Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 051	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 034	Lo que necesita saber
<b>\$160 de copago por día, para los días 1 a 5</b>  <b>\$0 de copago por día, para los días 6 a 90</b>  <b>\$10 de copago</b> para visitas de terapia grupales  <b>\$15 de copago</b> para visitas de terapia individual	<b>\$160 de copago por día, para los días 1 a 5</b>  <b>\$0 de copago por día, para los días 6 a 90</b>  <b>\$10 de copago</b> para visitas de terapia grupales  <b>\$20 de copago</b> 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.
<b>\$0 de copago por día, para los días 1 a 20</b>  <b>\$150 de copago por día, para los días 21 a 38</b>  <b>\$0 de copago por día, para los días 39 a 100</b>	<b>\$0 de copago por día, para los días 1 a 20</b>  <b>\$150 de copago por día, para los días 21 a 38</b>  <b>\$0 de copago por día, para los días 39 a 100</b>	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.
<b>\$20 de copago</b> por visita <ul style="list-style-type: none"> <li>Fisioterapia</li> <li>Patología del habla y lenguaje</li> </ul> <b>\$20 de copago</b> por visita <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia ocupacional</li> </ul>	<b>\$30 de copago</b> por visita <ul style="list-style-type: none"> <li>Fisioterapia</li> <li>Patología del habla y lenguaje</li> </ul> <b>\$30 de copago</b> por visita <ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia ocupacional</li> </ul>	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.
<b>\$150 de copago</b> para el beneficio de <b>ambulancia terrestre</b> de ida, cubierto por Medicare  <b>20% de coseguro</b> para el beneficio de <b>ambulancia aérea</b> de ida, cubierto por Medicare	<b>\$150 de copago</b> para el beneficio de <b>ambulancia terrestre</b> de ida, cubierto por Medicare  <b>20% de coseguro</b> para el beneficio de <b>ambulancia aérea</b> de ida, cubierto por Medicare	Excepto en emergencias, este servicio puede requerir autorización previa.



### Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 026	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 025
Transportación	\$0 de copago por viajes ilimitados	\$0 de copago por viajes ilimitados
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<b>20% de coseguro por</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare</li> <li>• Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio</li> <li>• Otros medicamentos de la</li> </ul>	<b>20% de coseguro por</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare</li> <li>• Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio</li> <li>• Otros medicamentos de la</li> </ul>
Cuidado de los pies ( <i>servicios de podología</i> ) Exámenes y tratamientos de los pies, cubiertos por Medicare	\$10 de copago	\$7 de copago
Programa de bienestar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®</li> <li>• Educación médica</li> <li>• Dejar de fumar y consumir tabaco adicionalmente</li> </ul>	\$0 de copago	\$0 de copago
De venta libre (OTC)	Hasta \$75 cada mes	Hasta \$75 cada mes

### Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 051	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 034	Lo que necesita saber
Hasta 12 viajes de ida a cualquier lugar aprobado por el plan por año de beneficios.	\$0 de copago por viajes ilimitados	<p>Nuestro plan cubre los transportes relacionados con asuntos médicos a cualquier lugar aprobado por el plan.</p> <p>Llame al 855-306-0700 (TTY 711) con 72 horas de antelación para programar su viaje. Tenga a mano la siguiente información, si corresponde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cita o fecha y hora de llegada prevista</li> <li>• Dirección de destino</li> <li>• Número telefónico de destino</li> <li>• Si visita a un proveedor, el nombre del médico</li> </ul>
<b>20% de coseguro por</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare</li> <li>• Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio</li> <li>• Otros medicamentos de la</li> </ul>	<b>20% de coseguro por</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare</li> <li>• Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio</li> <li>• Otros medicamentos de la</li> </ul>	<p>El copago del especialista correspondiente se aplica cuando se da durante una visita en el consultorio del médico/especialista.</p> <p>Se requiere una remisión o autorización previa para algunos servicios.</p>
\$15 de copago	\$20 de copago	Se requiere una remisión.
\$0 de copago	\$0 de copago	
Hasta \$75 cada mes	Hasta \$75 cada mes	La cantidad del beneficio no se transfiere de un mes a otro.

### Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 026	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 025
<b>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos</b> • Tarjeta de beneficios de Ultimate	Hasta \$75 cada mes	Hasta \$75 cada mes
<b>Servicio de apoyo a domicilio</b> • Papa Pals	<b>\$0 de copago</b> por servicios de apoyo para acompañantes y cuidadores	<b>\$0 de copago</b> por servicios de apoyo para acompañantes y cuidadores
<b>Beneficios de comidas</b>	<b>\$0 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>
<b>Equipos/suministros médicos</b> • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, miembros artificiales) • Suministros para diabéticos	<b>20% de coseguro</b> por • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis <b>\$0 de copago</b> por • Suministros para el control de la diabetes <b>\$0 de copago</b> por • Capacitación para el autocontrol de la diabetes <b>\$0 de copago</b> por • Zapatos para diabéticos	<b>20% de coseguro</b> por • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis <b>0% de coseguro</b> por • Oxígeno <b>\$0 de copago</b> por • Suministros para el control de la diabetes <b>\$0 de copago</b> por • Capacitación para el autocontrol de la diabetes <b>\$0 de copago</b> por • Zapatos para diabéticos

### Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 051	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 034	Lo que necesita saber
Hasta \$75 cada mes	Hasta \$75 cada mes	Asignación mensual para gastar en tiendas participantes en la compra de comidas saludables como verduras, frutas, pan, arroz, leche y más. Pueden aplicarse algunas restricciones. La cantidad del beneficio no se transfiere de un mes a otro. Para ser elegible, debe tener una condición crónica que califique.
<b>\$0 de copago</b> por servicios de apoyo para acompañantes y cuidadores	<b>\$0 de copago</b> por servicios de apoyo para acompañantes y cuidadores	Los servicios incluyen, entre otros, compañía, tareas domésticas, transporte y ayuda con la tecnología.  Llame al 888-884-3614 (TTY 711) para obtener ayuda.
<b>\$0 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>	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.
<b>20% de coseguro</b> por • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis <b>\$0 de copago</b> por • Suministros para el control de la diabetes <b>\$0 de copago</b> por • Capacitación para el autocontrol de la diabetes <b>\$0 de copago</b> por • Zapatos para diabéticos	<b>20% de coseguro</b> por • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis <b>0% de coseguro</b> por • Oxígeno <b>\$0 de copago</b> por • Suministros para el control de la diabetes <b>\$0 de copago</b> por • Capacitación para el autocontrol de la diabetes <b>\$0 de copago</b> 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 5 “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](http://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 **\$10** 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 Medicamentos genéricos y Nivel 5 Medicamentos selectos de cuidado**. Para los medicamentos del **Nivel 1 y 5** 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 **\$10**.

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	Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 026			
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
<b>Etapa de cobertura inicial</b>				
Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2	\$15	\$45	\$30	\$15
Nivel 3	\$55	\$165	\$110	\$55
Nivel 4	33% de coseguro	No cubierto	No cubierto	33% de coseguro
Nivel 5	\$10	\$30	\$20	\$10
<b>Etapa del período sin cobertura</b>				
Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 5	\$10	\$30	\$20	\$10

Plan	Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 025			
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
<b>Etapa de cobertura inicial</b>				
Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2	\$10	\$30	\$20	\$10
Nivel 3	\$50	\$150	\$100	\$50
Nivel 4	33% de coseguro	No cubierto	No cubierto	33% de coseguro
Nivel 5	\$10	\$30	\$20	\$10
<b>Etapa del período sin cobertura</b>				
Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 5	\$10	\$30	\$20	\$10

## Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Plan		Advantage Care de Ultimate (HMO C-SNP) 051		
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
<b>Etapa de cobertura inicial</b>				
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
Nivel 5	\$10	\$30	\$20	\$10
<b>Etapa del período sin cobertura</b>				
Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 5	\$10	\$30	\$20	\$10

Plan		Advantage Care EPOC de Ultimate (HMO C-SNP) 034		
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
<b>Etapa de cobertura inicial</b>				
Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2	\$20	\$60	\$40	\$20
Nivel 3	\$60	\$180	\$120	\$60
Nivel 4	33% de coseguro	No cubierto	No cubierto	33% de coseguro
Nivel 5	\$10	\$30	\$20	\$10
<b>Etapa del período sin cobertura</b>				
Nivel 1	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 5	\$10	\$30	\$20	\$10

## 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](http://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).
- Este plan es un plan de necesidades especiales para condiciones crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene una condición crónica severa o incapacitante específica que califica.
- 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 pagsasaling-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 도와드릴 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 (1-888-657-888-1) برقباً (117). 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 नि:शुल्क 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。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Gujarati:** અમારા સ્વાસ્થ્ય અથવા દવાના યોજના વાશે તમારા કાંઈપણ પ્રશ્નના જવાબ આપવા માટે અમારા પાસે 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 અડ મફત સેવા છે.

**Thai:** เรามีบริการสามฟรีเพื่อตอบคำถามที่คุณอาจมีเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนยาของเรา หากต้องการสาม ฟรีโทรหาเราที่ 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](http://www.ChooseUltimate.com)

