



Premier by Ultimate (HMO) ofrecido por Ultimate Health Plans

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Premier by Ultimate (HMO). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. ***Vea en la página 4 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.***

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

- **Del 15 de octubre al 7 de diciembre puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican en su caso

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la lista de medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando actualmente seguirán estando cubiertos.
- Fíjese si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el buscador de planes de Medicare del sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*.

- Después de elegir el plan que prefiera, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Premier by Ultimate (HMO).
- Puede cambiarse a un **plan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción en Premier by Ultimate (HMO).
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare original (con o sin un plan separado de Medicare de medicamentos con receta) en cualquier momento.

Más recursos

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

Acerca de Premier by Ultimate (HMO)

- Ultimate Health Plans es una HMO que tiene contrato con Medicare y con el programa de Medicaid del estado de Florida para los planes de necesidades especiales con doble elegibilidad. La inscripción en Ultimate Health Plans dependerá de la renovación del contrato.
- Cuando, en este documento, dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Ultimate Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Premier by Ultimate (HMO).

H2962_001_ANOC24_M

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	6
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual.....	6
Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo.....	7
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y de farmacias.....	7
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	9
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	12
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Premier by Ultimate (HMO)	12
Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan	12
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan.....	13
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	14
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	14
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	15
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Premier by Ultimate (HMO).....	15
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	16

Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla de abajo, se comparan los costos para los años 2023 y 2024 de Premier by Ultimate (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para obtener más información).	\$1,900	\$1,900
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención médica básica: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$10 de copago por visita	Visitas de atención médica básica: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$10 de copago por visita
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado	\$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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago</p> <p>Medicamentos de Nivel 2: \$15 de copago</p> <p>Medicamentos de Nivel 3: \$60 de copago</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: 33% de coseguro</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga casi todos los costos de sus medicamentos cubiertos. • Por cada medicamento cubierto, usted paga la cantidad que sea mayor: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ya sea coseguro del 5% del costo del medicamento. ○ O \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago</p> <p>Medicamentos de Nivel 2: \$15 de copago</p> <p>Medicamentos de Nivel 3: \$60 de copago</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: 33% de coseguro</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. No pagas nada.

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

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B	Ultimate Health Plans reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare hasta \$164.90.	Ultimate Health Plans reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare hasta \$164.90.

- La prima mensual del plan será *más alta* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$1,900	Cuando haya pagado \$1,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

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

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

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2024 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

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

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$115 de copago por día para los días 1 a 5</p> <p>\$0 de copago por día para los días 6 a 90</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$60 de copago por día para los días 1 a 5</p> <p>\$0 de copago por día para los días 6 a 90</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga 20% de coseguro para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro para un suministro de un mes de otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga 20% de coseguro para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga \$35 de copago para un suministro de un mes de insulinas cubiertas por la Parte B de Medicare.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga de \$15 a \$75 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga de \$15 a \$75 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$15 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$15 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra “Lista de medicamentos” se proporciona en formato electrónico.

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, lo que podría incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o su paso a un nivel de costo compartido diferente. **Revísela para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para enterarse si habrá alguna restricción o si sus medicamentos pasaron a otro nivel de costo compartido.**

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

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

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso. Le enviamos un documento separado, llamado “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocido como “Low-Income Subsidy Rider” (Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos) o “LIS Rider” (Cláusula adicional de LIS), que describe los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió ese documento antes del 30 de septiembre de 2023, llame a Servicios para miembros y pida la Cláusula adicional de LIS.

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

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 1: etapa del deducible anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte correspondiente del costo de sus medicamentos y usted paga la parte correspondiente del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Genéricos: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <p>De marca preferidos: Usted paga \$15 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$60 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos de especialidad: Usted paga 33% de coseguro por receta.</p>	<p>El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Genéricos: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <p>De marca preferidos: Usted paga \$15 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$60 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos de especialidad: Usted paga 33% de coseguro por receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) si surge la receta en una farmacia de la red que tenga costos compartidos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o recetas mediante pedidos por correo, vea la sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la lista de medicamentos.</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la etapa de período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa de período sin cobertura).</p>

Cambios en las etapas de período sin cobertura y de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa de período sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la etapa de período sin cobertura ni la etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
En el caso de algunos medicamentos de uso crónico, puede obtener un suministro a largo plazo si los toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada.	Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 días en el caso de los medicamentos del Nivel 1.	Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días en el caso de algunos medicamentos del Nivel 1.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Premier by Ultimate (HMO)

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

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan médico de Medicare.
- O-- Puede cambiarse a Medicare original. Si se cambia a Medicare original, deberá decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare. Si no quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 1.1 sobre la potencial multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, consulte la sección 5) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2). Le recordamos que Ultimate Health Plans ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos planes pueden tener diferente cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiarse a otro plan médico de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en Premier by Ultimate (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en Premier by Ultimate (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – o – Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si quiere cambiarse a otro plan o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

¿Hay otros períodos en el año para hacer cambios?

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

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) o cambiarse a Medicare original (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Atendiendo las Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos locales a personas que tienen Medicare. Los asesores de Atendiendo las Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a Atendiendo las Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) al 1-800-963-5337. Para obtener más información sobre Atendiendo las Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE), visite su sitio web (<https://www.floridashine.org>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán período sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, o
 - La Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que vivan con VIH/sida a que obtengan medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia en el

estado y de que tienen VIH, ingresos bajos según la definición del estado y falta de seguro/seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta mediante el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida de Florida. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida de Florida al 1-850-245-4422.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Premier by Ultimate (HMO)

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

Lea su *Evidencia de cobertura para 2024*, que tiene información sobre los beneficios y costos para el próximo año.

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura para 2024* de Premier by Ultimate (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com/Member/DocumentsandForms. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que se la enviemos por correo.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*

Lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*. Este documento se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.