



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

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP). 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.

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 Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP).
- Puede **cambiarse a un plan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción en Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP).
- Vea la sección 4 de la página 12 para saber más sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare original (con o sin un plan separado de Medicare de medicamentos con receta) en cualquier momento.

Más recursos

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con nuestros Servicios para miembros llamando al número 888-657-4170 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 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 individual de responsabilidad 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 Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP)

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

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.....	6
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	7
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	12
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP).....	12
Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan	12
SECCIÓN 4 Cambio de plan.....	13
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	14
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	15
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	16
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP).....	16
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	16
Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid	17

Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla de abajo, se comparan los costos para los años 2023 y 2024 de Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare por medio de Medicaid, usted paga \$0 de deducible y para las visitas en el consultorio del médico y estancias en el hospital como paciente hospitalizado.

Costo	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
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención médica básica: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$0 de copago por visita	Visitas de atención médica básica: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$0 de copago por visita
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado	\$0 de copago por día para los días 1 a 90	\$0 de copago por día para los días 1 a 90
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para obtener más información).	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: 0% de coseguro • Medicamentos de Nivel 2: 0% de coseguro • Medicamentos de Nivel 3: 0% de coseguro 	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: 0% de coseguro • Medicamentos de Nivel 2: 0% de coseguro • Medicamentos de Nivel 3: 0% de coseguro

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: 0% de coseguro • Medicamentos de Nivel 5: \$0 de copago <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. ○ \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: 0% de coseguro • Medicamentos de Nivel 5: \$0 de copago <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.
<p>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</p> <p>Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de gastos de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (Consulte la sección 1.2 para obtener más información).</p>	<p>\$500</p> <p>Si es elegible para que Medicaid lo ayude con los costos compartidos de Medicare, no debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$500</p> <p>Si es elegible para que Medicaid lo ayude con los costos compartidos de Medicare, no debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

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

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, salvo que la pague Medicaid).		

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	\$500	\$500
Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.		Cuando haya pagado \$500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.
Si es elegible para que Medicaid lo ayude con los copagos de la Parte A y la Parte B, no debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.		
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.		

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

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

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Exámenes de audición (no cubiertos por Medicare)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada examen de audición de rutina (1 examen de audición de rutina cada año).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita de rutina para evaluación/ajuste de audífonos (1 ajuste y evaluación de audífonos cada dos años).</p> <p>Sin límite de cobertura.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada examen de audición de rutina (1 examen de audición de rutina cada año).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita de rutina para evaluación/ajuste de audífonos (1 ajuste y evaluación de audífonos cada año).</p> <p>Sin límite de cobertura.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de apoyo a domicilio	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por servicios de apoyo de acompañantes y cuidadores cada año.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por hasta 12 horas de servicios de apoyo de acompañantes y cuidadores cada año.</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, 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% del costo total.</p> <p>De marca preferidos: Usted paga 0% del costo total.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga 0% del costo total.</p> <p>Medicamentos de especialidad: Usted paga 0% del costo total.</p> <p>Medicamentos complementarios: Usted paga \$0 de copago 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% del costo total.</p> <p>De marca preferidos: Usted paga 0% del costo total.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga 0% del costo total.</p> <p>Medicamentos de especialidad: Usted paga 0% del costo total.</p> <p>Medicamentos complementarios: Usted paga \$0 de copago 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 surte la receta en una farmacia de la red que tenga costos compartidos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o recetas mediante pedidos por correo, vea la sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos 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 Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP)

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

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.

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 de medicamentos con receta de Medicare. Estos planes pueden tener diferente cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie de cobertura

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

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

SECCIÓN 4 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.

Como tiene la Agencia para la Administración de Atención Médica (Agency for Health Care Administration, AHCA) de Florida, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especiales**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

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 y Medicaid

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>).

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

SECCIÓN 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.** Como tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada “subsido por bajos ingresos”, a menos que sea una persona calificada que trabaja y con discapacidad (Qualified Working and Disabled Individual, QDWI). La “Ayuda adicional” paga una parte de sus primas de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Las personas que califiquen no tendrán período sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 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 Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para miembros al 888-657-4170. (Solo para usuarios de TTY, llamar al 711). 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 Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com/Member/DocumentsandForms. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que se la enviemos por correo.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

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