



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

Aviso anual de cambios para 2025

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, incluida 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, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Revise los cambios en la “lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando actualmente seguirán estando cubiertos.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costos compartidos diferente o estará sujeto a restricciones distintas, como autorización previa, terapia escalonada o un límite en la cantidad, para 2025.
- Fíjese si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.
- 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 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Para obtener soporte adicional, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- 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 2024, 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 2025**. Esto terminará su inscripción en Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 3 de la página 13 para saber más sobre sus opciones.
- Si se mudó hace poco a una institución o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a 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. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasar a Medicare original durante dos meses completos después del mes en que se mude.

Más recursos

- Este documento está disponible gratis en español y creole.
- 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.
- Esta información está disponible en braille, letra grande y audio.
- **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 más información.

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

- Ultimate Health Plans es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, 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”, se refiere a Ultimate Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP).

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	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 la cantidad máxima 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 los costos de los servicios médicos	7
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	13
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP)	13
Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan	13
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	14
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	15
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	17
Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid	17

Resumen de costos importantes para 2025

En la tabla de abajo, se comparan los costos para los años 2024 y 2025 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.**

Costo	2024 (este año)	2025 (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 para los días 1 a 90	\$0 de copago 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 • Medicamentos de Nivel 4: 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 • Medicamentos de Nivel 4: 0% de coseguro

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> 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 todos los costos de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y de medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada. 	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 5: 0% de coseguro Medicamentos de Nivel 6: \$0 de copago <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.
<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. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).</p>	<p>\$500</p>	<p>\$500</p>

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

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, salvo que la pague Medicaid).	\$0	\$0
		No hay cambios para el siguiente año de beneficios.

Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima 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 el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo 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.	\$500	\$500
		Cuando haya pagado \$500 de bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por estos durante el resto del año calendario.

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

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias en la red.

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com. 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 de 2025* en www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor 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 farmacias de 2025* en www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y los 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 los beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información de abajo describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Asignación para comidas saludables	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Asignación mensual de \$100 cargada a su tarjeta de beneficios Ultimate para gastar en tiendas participantes en la compra de comidas saludables.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Este plan ahora ofrece una asignación mensual de gastos combinados para la compra de comidas saludables en tiendas participantes y para pagar ciertas facturas de servicios públicos. Para más información, consulte la <i>Sección Asignación para pago de servicios y comidas saludables</i> en esta lista de cambios.</p>
Asignación para pago de servicios y comidas saludables	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No es un beneficio cubierto.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Este plan ahora ofrece una asignación mensual de gastos combinados con \$200 cargados en su tarjeta de beneficios Ultimate. Usted elige cómo quiere gastar su asignación para cualquiera de los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comidas saludables, como verduras, frutas, pan, arroz y más, que debe comprar en una tienda participante. • Facturas de servicios de electricidad, gas y agua.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Asignación para la vista, dental y para la audición	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Asignación anual de \$500 cargada en su tarjeta de beneficios Ultimate que se usan para cubrir los costos de los servicios de audición, dentales y de la vista que excedan los beneficios permitidos por el plan.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Asignación anual de \$550 cargada en su tarjeta de beneficios Ultimate que se usan para cubrir los costos de los servicios de audición, dentales y de la vista que excedan los beneficios permitidos por el plan.</p>
Servicios de apoyo a domicilio	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago por hasta 12 horas de servicios de apoyo de acompañantes y cuidadores cada año.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago por hasta 30 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 la adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o su paso a un nivel de costos compartidos 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 costos compartidos.**

La mayoría de los cambios en la lista de medicamentos se hacen a principio de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Modificamos nuestra lista de medicamentos en línea al menos una vez por mes para ofrecerle la versión más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le avisaremos al respecto.

Si se ve afectado por 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 más información.

Actualmente, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica del mismo nivel de costos compartidos o uno inferior y con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al agregar un nuevo genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas opciones.

A partir de 2025, podemos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que se reemplazará por un biosimilar, es posible que no reciba notificación del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga un suministro de un mes del producto biológico original en una farmacia en la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, igualmente recibirá información sobre el cambio específico que realizaremos, pero es posible que le llegue después de que efectivamente se realice.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios para miembros o pedirle más información a su proveedor de atención médica, al profesional que receta o al farmacéutico.

Cambios en los costos y los beneficios de medicamentos con receta

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos**: la etapa del deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa de período sin cobertura y el Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura ya no estarán disponibles en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento del Fabricante. Según el Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes conforme al Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 1: etapa del deducible anual</p>	<p>Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>	<p>Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

Cambios en los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (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>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>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 en la red con costos compartidos estándares es el siguiente:</p> <p>Genéricos: Usted paga 0% de coseguro por receta.</p> <p>De marca preferidos: Usted paga 0% de coseguro por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga 0% de coseguro por receta.</p> <p>Medicamentos de especialidad: Usted paga 0% de coseguro por receta.</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 en la red con costos compartidos estándares es el siguiente:</p> <p>Genéricos preferidos: Usted paga 0% de coseguro por receta.</p> <p>Genéricos: Usted paga 0% de coseguro por receta.</p> <p>De marca preferidos: Usted paga 0% de coseguro por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga 0% de coseguro por receta.</p> <p>Medicamentos de especialidad: Usted paga 0% de coseguro por receta.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<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>	<p>Medicamentos complementarios: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>

Cambios en la etapa de cobertura catastrófica

La etapa de cobertura catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes conforme al Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

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 la etapa de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Hay niveles de costos compartidos para los medicamentos de la “lista de medicamentos”. Lo que paga por un medicamento depende de en qué nivel se encuentra dicho medicamento.</p>	<p>Cada medicamento está en uno de 5 niveles de costos compartidos.</p>	<p>Cada medicamento está en uno de 6 niveles de costos compartidos.</p>

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 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 D-SNP).

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan médico de Medicare.
- *O bien*, 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 2025 (Medicare y Usted 2025)*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (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 otros planes pueden tener diferente cobertura, primas mensuales y 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 D-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 D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- *O bien*, 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 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 2025.

¿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 la Atención Médica (Agency for Health Care Administration, AHCA) de Florida, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluidos:

- Medicare original *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
- Medicare original sin un plan de medicamentos con receta aparte de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, o todos ellos.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta el plan que eligió, también 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 2025.

Si se mudó hace poco a una institución o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a 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. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasar a Medicare original durante dos meses completos después del mes en que se mude.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

Un Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Atención de 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 Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare, a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) al 800-963-5337. Para obtener más información sobre Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE), visite su sitio web (<https://www.floridashine.org>).

Para preguntas sobre los beneficios de la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida, comuníquese con la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida al 888-419-3456 (los usuarios de TTY pueden llamar al 800-955-8771) de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo afecta la inscripción en otro plan o el regreso a Medicare original a su cobertura de la Agencia para la Administración de la 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 “subsidio por bajos ingresos”. La “Ayuda adicional” paga una parte de sus primas de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Dado que usted califica, no se le aplicará la 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.

- **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 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 2025*, que tiene información sobre los beneficios y los costos para el próximo año.

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* 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 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 las 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 2025 (Medicare y Usted 2025)*

Lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. 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 la Atención Médica (AHCA) de Florida al 888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-955-8771.