



Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP) ofrecido por Ultimate Health Plans

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Advantage Care by Ultimate (HMO C-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.

- **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, 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 Care by Ultimate (HMO C-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 Care by Ultimate (HMO C-SNP).
- 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.
- 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 Care by Ultimate (HMO C-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”, significa Ultimate Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Advantage Care by Ultimate (HMO C-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	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	12
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	13
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Advantage Care by Ultimate (HMO C-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	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 Care by Ultimate (HMO C-SNP)	16
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	17

Resumen de costos importantes para 2025

En la tabla de abajo, se comparan los costos para los años 2024 y 2025 de Advantage Care by Ultimate (HMO C-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
Cantidad máxima de gastos de bolsillo 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).	\$3,400	\$3,400
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención médica básica: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$15 de copago por visita	Visitas de atención médica básica: \$0 de copago por visita Visitas al especialista: \$15 de copago por visita
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado	\$165 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90	\$165 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90

Costo	2024 (este año)	2025 (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: \$25 de copago</p> <p>Medicamentos de Nivel 3: \$70 de copago</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: 33% de coseguro</p> <p>Medicamentos de Nivel 5: \$10 de copago</p> <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. 	<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: \$0 de copago</p> <p>Medicamentos de Nivel 3: \$25 de copago</p> <p>Medicamentos de Nivel 4: \$70 de copago</p> <p>Medicamentos de Nivel 5: 33% de coseguro</p> <p>Medicamentos de Nivel 6: \$10 de copago</p> <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.

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 continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
		No hay cambios para el siguiente año de beneficios.
Reducción de la prima de la Parte B mensual	\$164.90	\$170.00

- 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 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 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.	\$3,400	\$3,400
		Cuando haya pagado \$3,400 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 y farmacias 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 proveedores y farmacias de 2025* en www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, podemos hacer cambios en los hospitales, los médicos y los 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 los costos de los servicios médicos

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 la vista, dental y para la audición	<u>Dentro de la red</u> No es un beneficio cubierto.	<u>Dentro de la red</u> Recibirá una asignación anual de \$200 cargada en su tarjeta de beneficios Ultimate para cubrir los costos de los servicios de audición, dentales y de la vista que excedan los beneficios permitidos por el plan.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted recibirá una asignación mensual de \$100 para gastar en las tiendas participantes para la compra de comidas saludables, artículos de venta libre y ciertos servicios públicos para los miembros con afecciones crónicas que califiquen.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No es un beneficio cubierto.</p>
Servicios de transporte (de rutina)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago por servicios de transporte de rutina (12 viajes de ida todos los años a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago por servicios de transporte de rutina (viajes de ida ilimitados a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan).</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

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.

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)
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	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, búselos 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 copago por receta.</p> <p>De marca preferidos: Usted paga \$25 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$70 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 en la red con costos compartidos estándares es el siguiente:</p> <p>Genéricos preferidos: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <p>Genéricos: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <p>De marca preferidos: Usted paga \$25 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$70 de copago por receta.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Medicamentos de atención selecta: Usted paga \$10 de copago por receta.</p> <hr/> <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 de especialidad: Usted paga 33% de coseguro por receta.</p> <p>Medicamentos de atención selecta: Usted paga \$10 de copago por receta.</p> <hr/> <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>Una excepción al formulario es cuando aceptamos cubrir un medicamento que no está en la “lista de medicamentos”. Si aceptamos, usted paga el copago o coseguro que se aplica a los medicamentos en un nivel específico.</p>	<p>Usted paga el copago por el Nivel 3 (medicamentos no preferidos)</p>	<p>Usted paga el coseguro por el Nivel 5 (medicamentos de especialidad)</p>
<p>Los medicamentos que tratan una determinada afección pueden estar en el nivel de medicamentos de atención selecta.</p>	<p>Los medicamentos genéricos y de marca selectos para tratar enfermedades respiratorias y diabetes están en el Nivel 5 (medicamentos de atención selecta).</p>	<p>Los medicamentos genéricos y de marca selectos que solo son para tratar diabetes están en el Nivel 6 (medicamentos de atención selecta).</p>
<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>

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	No corresponde	Este plan es una nueva opción de pago que se usa con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, contáctenos llamando al 888-657-4170 (TTY 711) o ingresando en Medicare.gov .

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Advantage Care by Ultimate (HMO C-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 Care by Ultimate (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 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. 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 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 Care by Ultimate (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 Care by Ultimate (HMO C-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.

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.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 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 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

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>).

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, incluidas primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, a las personas que califiquen no se les aplicará la 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.
 - 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.
- **El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que lo ayudará a administrar sus costos de bolsillo en medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago se usa con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no lo hará ahorrar dinero ni reducir los costos de medicamentos.**

“Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y ADAP, para las personas que califican, son opciones más ventajosas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos y planes médicos de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecerla. Para obtener más información sobre esta opción de pago, contáctenos llamando al 888-657-4170 (TTY 711) o ingresando en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Advantage Care by Ultimate (HMO C-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 para 2025* de Advantage Care by Ultimate (HMO C-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.