

Resumen de Beneficios 2025



Planes MAPD

Citrus | Hernando | Indian River | Pasco | St. Lucie

001 Premier by Ultimate (HMO)

Lake | Marion | Sumter

028 Premier by Ultimate (HMO)

Hillsborough | Pinellas | Polk

045 Premier by Ultimate (HMO)

Orange | Osceola | Seminole

046 Premier by Ultimate (HMO)

Manatee | Sarasota

047 Premier by Ultimate (HMO)



ULTIMATE
HEALTH PLANS

La buena salud está donde uno vive.

Sobre Ultimate Health Plans

Ultimate Health Plans es un plan local de Medicare Advantage con sede en Spring Hill, Florida. Estamos orgullosos de prestar servicios en los condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota, Seminole, St. Lucie y Sumter.

Nuestra misión es dar a todos los miembros atención médica de la más alta calidad con acceso a médicos altamente calificados. Nos hacemos responsables de tratar a nuestros miembros con dignidad y respeto, prestando un servicio al cliente de primera clase y reconociendo nuestro compromiso con la comunidad como corporación local.

Sobre este folleto

En este folleto, encontrará un resumen de los costos y los beneficios cubiertos por nuestro plan Premier by Ultimate (HMO). No lista todos los servicios que cubre el plan ni lista todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) del plan en nuestro sitio web, en www.ChooseUltimate.com, o llámenos al 1-855-858-7526 (TTY 711) y le enviaremos una copia por correo. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Tipos de planes Ultimate

Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare:

Un plan Medicare Advantage que da toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Medicare original. Por lo general, solo puede recibir atención de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en emergencias).

¿Quién puede unirse?

Para inscribirse en nuestro plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en el área de servicio del plan.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en emergencias, debe usar proveedores y farmacias dentro de la red. Si usa proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios. Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web, en www.ChooseUltimate.com, o llámenos al 1-855-858-7526 (TTY 711) y le enviaremos una copia por correo.

¿Este plan cubre mis medicamentos con receta?

Para averiguar qué medicamentos cubrimos y cualquier restricción, consulte la lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan (también llamada "Formulario") en nuestro sitio web, en www.ChooseUltimate.com, o llámenos al 1-855-858-7526 (TTY 711) y le enviaremos una copia por correo.

¿Cómo puedo obtener más información sobre Medicare original?

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual actual "Medicare & You" (Medicare y Usted). Véalo en línea, en <http://www.medicare.gov>, u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Ultimate Health Plans es una HMO que tiene contrato con Medicare y con el programa de Medicaid del estado de Florida para los planes de necesidades especiales con doble elegibilidad. La inscripción en Ultimate Health Plans dependerá de la renovación del contrato.

| | | | |
|-------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del plan | Premier by Ultimate (HMO) 001 | Premier by Ultimate (HMO) 028 | Premier by Ultimate (HMO) 045 |
| Área de servicio | Citrus, Hernando, Indian River, Pasco, St. Lucie | Lake, Marion, Sumter | Hillsborough, Pinellas, Polk |

Sus beneficios y costos compartidos

| Primas y beneficios | Premier by Ultimate (HMO) 001 | Premier by Ultimate (HMO) 028 | Premier by Ultimate (HMO) 045 |
|---|--|--|--|
| Prima mensual del plan | \$0 | \$0 | \$0 |
| Reducción de la prima de la Parte B | \$174.70 | \$174.00 | \$170.00 |
| Deducible | Este plan no tiene deducible. | Este plan no tiene deducible. | Este plan no tiene deducible. |
| Cantidad máxima de gastos de bolsillo <i>(no incluye medicamentos con receta)</i> | \$1,900 | \$2,500 | \$1,900 |
| Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados | \$60 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 91 | \$170 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90 | \$90 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 91 |
| Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios | \$75 de copago | \$150 de copago | \$150 de copago |
| Servicios del Centro de Cirugía Ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC) | \$25 de copago | \$25 de copago | \$25 de copago |
| Visitas al médico <i>(Proveedores de atención primaria y especialistas)</i> | Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$10 de copago | Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$20 de copago | Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$15 de copago |

| | | |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Nombre del plan | Premier by Ultimate (HMO) 046 | Premier by Ultimate (HMO) 047 |
| Área de servicio | Orange, Osceola, Seminole | Manatee, Sarasota |

Sus beneficios y costos compartidos

| Premier by Ultimate (HMO) 046 | Premier by Ultimate (HMO) 047 | Lo que necesita saber |
|--|--|--|
| \$0 | \$0 | Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. |
| \$170.00 | \$174.70 | |
| Este plan no tiene deducible. | Este plan no tiene deducible. | |
| \$2,900 | \$3,200 | Esta cantidad es lo máximo que pagará por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos dentro de la red durante el año. No incluye costos de medicamentos con receta, gastos médicos incurridos durante viajes al extranjero ni costos de beneficios complementarios. |
| \$175 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90 | \$175 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90 | A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. Se requiere una autorización previa para algunos servicios. |
| \$195 de copago | \$150 de copago | Se requiere una autorización previa para algunos servicios. |
| \$50 de copago | \$25 de copago | Es posible que se requiera un referido y una autorización previa para algunos servicios. |
| Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$15 de copago | Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$25 de copago | Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios. Un copago podría aplicarse por cada servicio adicional recibido en una visita en el consultorio. |

Sus beneficios y costos compartidos

| Primas y beneficios | Premier by Ultimate (HMO) 001 | Premier by Ultimate (HMO) 028 | Premier by Ultimate (HMO) 045 |
|--|--|---|--|
| Atención de prevención | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Atención de emergencia | En los EE. UU. • \$75 de copago En todo el mundo • \$100 de copago | En los EE. UU. • \$75 de copago En todo el mundo • \$100 de copago | En los EE. UU. • \$75 de copago En todo el mundo • \$100 de copago |
| Servicios necesarios con urgencia | \$10 de copago | \$10 de copago | \$10 de copago |
| Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorios y diagnóstico por imágenes en un centro independiente o en un consultorio • Servicios de laboratorio • Radiografías ambulatorias • Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Servicios radiológicos de diagnóstico | Servicios de laboratorio • 20% de coseguro por pruebas genéticas • 0% de coseguro por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías para paciente ambulatorio • \$0 de copago Procedimientos y exámenes de diagnóstico • \$25 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$75 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico • \$25 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$50 de copago por pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • \$100 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear | Servicios de laboratorio • 20% de coseguro por pruebas genéticas • 0% de coseguro por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías para paciente ambulatorio • \$0 de copago Procedimientos y exámenes de diagnóstico • \$25 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$150 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico • \$25 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$50 de copago por pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • \$150 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear | Servicios de laboratorio • 20% de coseguro por pruebas genéticas • 0% de coseguro por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías para paciente ambulatorio • \$0 de copago Procedimientos y exámenes de diagnóstico • \$25 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$75 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico • \$25 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$50 de copago por pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • \$100 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear |

Sus beneficios y costos compartidos

| Premier by Ultimate (HMO) 046 | Premier by Ultimate (HMO) 047 | Lo que necesita saber |
|--|---|--|
| \$0 de copago | \$0 de copago | Todo servicio preventivo adicional que apruebe Medicare durante el año del contrato estará cubierto. Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios. |
| En los EE. UU. • \$75 de copago En todo el mundo • \$100 de copago | En los EE. UU. • \$75 de copago En todo el mundo • \$100 de copago | Si es hospitalizado en un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia en los EE. UU. y sus territorios. Pagamos hasta \$50,000 por servicios de emergencia cubiertos recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios. Si es hospitalizado fuera de los EE. UU. y sus territorios, tendrá que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. |
| \$10 de copago | \$10 de copago | Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de los servicios de urgencia. |
| Servicios de laboratorio • 20% de coseguro por pruebas genéticas • 0% de coseguro por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías para paciente ambulatorio • \$0 de copago Procedimientos y exámenes de diagnóstico • \$0 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro por estudios del sueño Servicios radiológicos de diagnóstico • \$25 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$25 de copago por pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • \$25 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear | Servicios de laboratorio • 20% de coseguro por pruebas genéticas • 0% de coseguro por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías para paciente ambulatorio • \$0 de copago Procedimientos y exámenes de diagnóstico • \$0 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro por estudios del sueño Servicios radiológicos de diagnóstico • \$0 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$0 de copago por pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • \$0 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear | Se requiere una autorización previa para algunos servicios. Algunos exámenes pueden requerir el uso de medicamentos inyectables o fármacos para diagnóstico por imágenes. Consulte la sección “Medicamentos de la Parte B de Medicare” para conocer el costo compartido aplicable que se cobra por separado y además del copago del examen. |

Sus beneficios y costos compartidos

| Primas y beneficios | Premier by Ultimate (HMO) 001 | Premier by Ultimate (HMO) 028 | Premier by Ultimate (HMO) 045 |
|---|--|--|--|
| Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y diagnóstico por imágenes en un hospital para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio Radiografías ambulatorias Procedimientos y pruebas de diagnóstico Servicios radiológicos de diagnóstico | Servicios de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$75 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías para paciente ambulatorio <ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago Procedimientos y exámenes de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$75 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$75 de copago por pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • \$100 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear | Servicios de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$150 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías para paciente ambulatorio <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago Procedimientos y exámenes de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$150 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$150 de copago por pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • \$150 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear | Servicios de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$150 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías para paciente ambulatorio <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago Procedimientos y exámenes de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$150 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$150 de copago por pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • \$150 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear |
| Servicios para la audición | \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Examen de audición de rutina (1 cada año) Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año) <p>Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.</p> | \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Examen de audición de rutina (1 cada año) Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año) <p>Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.</p> | \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Examen de audición de rutina (1 cada año) Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año) <p>Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.</p> |

Sus beneficios y costos compartidos

| Premier by Ultimate (HMO) 046 | Premier by Ultimate (HMO) 047 | Lo que necesita saber |
|---|---|--|
| Servicios de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$195 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías para paciente ambulatorio <ul style="list-style-type: none"> • \$195 de copago Procedimientos y exámenes de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$195 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro por estudios del sueño Servicios radiológicos de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$195 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$195 de copago por pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • \$195 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear | Servicios de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$150 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías para paciente ambulatorio <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago Procedimientos y exámenes de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro por estudios del sueño Servicios radiológicos de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$150 de copago por pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • \$150 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear | <p>Se requiere una autorización previa para algunos servicios. Todos los servicios prestados en un centro de hospital para pacientes ambulatorios están sujetos al copago del hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>Algunos exámenes pueden requerir el uso de medicamentos inyectables o fármacos para diagnóstico por imágenes. Consulte la sección “Medicamentos de la Parte B de Medicare” para conocer el costo compartido aplicable que se cobra por separado y además del copago del examen.</p> |
| \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Examen de audición de rutina (1 cada año) Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año) <p>Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.</p> | \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Examen de audición de rutina (1 cada año) Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año) <p>Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.</p> | <p>Los servicios debe prestarlos un proveedor participante en la red de proveedores de servicios de audición del Plan.</p> <p>Los miembros recibirán una selección de fabricantes de audífonos para elegir.</p> |

Sus beneficios y costos compartidos

| Primas y beneficios | Premier by Ultimate (HMO) 001 | Premier by Ultimate (HMO) 028 | Premier by Ultimate (HMO) 045 |
|--|---|---|---|
| Servicios dentales <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales preventivos • Servicios dentales integrales • Servicios dentales que no son de rutina, cubiertos por Medicare | \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación dental cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales cada año • 1 examen oral integral cada 3 años • 3 empastes por año • 1 corona por año • 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda), limitados a 1 procedimiento por cuadrante por año • 2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de una cirugía activa por año • 1 extracción simple por año • 1 extracción quirúrgica por año | \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación dental cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales cada año • 1 examen oral integral cada 3 años • 3 empastes por año • 1 corona por año • 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda), limitados a 1 procedimiento por cuadrante por año • 2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de una cirugía activa por año • 1 extracción simple por año • 1 extracción quirúrgica por año | \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación dental cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales cada año • 1 examen oral integral cada 3 años • 3 empastes por año • 1 corona por año • 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda), limitados a 1 procedimiento por cuadrante por año • 2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de una cirugía activa por año • 1 extracción simple por año • 1 extracción quirúrgica por año |

Sus beneficios y costos compartidos

| Premier by Ultimate (HMO) 046 | Premier by Ultimate (HMO) 047 | Lo que necesita saber |
|---|---|--|
| \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación dental cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales cada año • 1 examen oral integral cada 3 años • 3 empastes por año • 1 corona por año • 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda), limitados a 1 procedimiento por cuadrante por año • 2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de una cirugía activa por año • 1 extracción simple por año • 1 extracción quirúrgica por año | \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación dental cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales cada año • 1 examen oral integral cada 3 años • 3 empastes por año • 1 corona por año • 4 procedimientos de raspado y alisado radicular (limpieza profunda), limitados a 1 procedimiento por cuadrante por año • 2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de una cirugía activa por año • 1 extracción simple por año • 1 extracción quirúrgica por año | Las radiografías pueden incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Primera imagen radiográfica periapical intraoral • Cada imagen radiográfica adicional periapical intraoral • Una imagen radiográfica de aleta de mordida, o dos, tres o cuatro imágenes radiográficas de aleta de mordida • Serie completa de imágenes radiográficas intraorales, 1 cada 3 años • Imágenes radiográficas panorámicas cubiertas 1 cada 3 años Los empastes pueden incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Amalgama, una o más superficies, primaria o permanente • Compuesto a base de resina, de una a tres superficies, anterior; cuatro o más superficies, con ángulo incisal • Compuesto a base de resina, una o más superficies, posterior Las extracciones simples pueden incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta • Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o sección del diente Las extracciones quirúrgicas pueden incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Extracción de un diente impactado • Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte) Cobertura adicional: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales médicamente necesarios que no sean de rutina, según lo cubierto por Medicare original • Anestesia necesaria con servicio cubierto • 60 minutos de anestesia general o sedación intravenosa por fecha de servicio Algunos servicios pueden necesitar autorización previa. |

Sus beneficios y costos compartidos

| Primas y beneficios | Premier by Ultimate (HMO) 001 | Premier by Ultimate (HMO) 028 | Premier by Ultimate (HMO) 045 |
|---|--|--|--|
| Servicios para la vista <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de la vista Anteojos y lentes y lentes de contacto | <p>Nuestro plan cubre:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 examen de la vista de rutina por año Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo Evaluación anual de glaucoma <p>Nuestro plan da un límite del beneficio anual de hasta un valor de farmacia de \$200 para anteojos y lentes:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes de contacto O Un par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales, O 1 montura para anteojos y lentes <p>Nuestro plan da las siguientes actualizaciones por año:</p> <p>\$50 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos estándar <p>\$40 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos de sol graduados de una selección con lentes polarizados (grises o marrones), O <p>\$30 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes fotocromáticos <p>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 montura de una selección establecida de monturas O Anteojos estándares monofocales, bifocales o trifocales En lugar de anteojos y lentes, puede seleccionar lentes de contacto hasta el límite del beneficio anual | <p>Nuestro plan cubre:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 examen de la vista de rutina por año Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo Evaluación anual de glaucoma <p>Nuestro plan da un límite del beneficio anual de hasta un valor de farmacia de \$300 para anteojos y lentes:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes de contacto O Un par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales, O 1 montura para anteojos y lentes <p>Nuestro plan da las siguientes actualizaciones por año:</p> <p>\$50 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos estándar <p>\$40 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos de sol graduados de una selección con lentes polarizados (grises o marrones), O <p>\$30 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes fotocromáticos <p>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 montura de una selección establecida de monturas O Anteojos estándares monofocales, bifocales o trifocales En lugar de anteojos y lentes, puede seleccionar lentes de contacto hasta el límite del beneficio anual | <p>Nuestro plan cubre:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 examen de la vista de rutina por año Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo Evaluación anual de glaucoma <p>Nuestro plan da un límite del beneficio anual de un valor de farmacia de hasta \$350 para anteojos y lentes:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes de contacto O Un par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales, O 1 montura para anteojos y lentes <p>Nuestro plan da las siguientes actualizaciones por año:</p> <p>\$50 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos estándar <p>\$40 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos de sol graduados de una selección con lentes polarizados (grises o marrones), O <p>\$30 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes fotocromáticos <p>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 montura de una selección establecida de monturas O Anteojos estándares monofocales, bifocales o trifocales En lugar de anteojos y lentes, puede seleccionar lentes de contacto hasta el límite del beneficio anual |

Sus beneficios y costos compartidos

| Premier by Ultimate (HMO) 046 | Premier by Ultimate (HMO) 047 | Lo que necesita saber |
|--|--|--|
| <p>Nuestro plan cubre:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 examen de la vista de rutina por año Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo Evaluación anual de glaucoma <p>Nuestro plan da un límite del beneficio anual de hasta un valor de farmacia de \$200 para anteojos y lentes:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes de contacto O Un par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales, O 1 montura para anteojos y lentes <p>Nuestro plan da las siguientes actualizaciones por año:</p> <p>\$50 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos estándar <p>\$40 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos de sol graduados de una selección con lentes polarizados (grises o marrones), O <p>\$30 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes fotocromáticos <p>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 montura de una selección establecida de monturas O Anteojos estándares monofocales, bifocales o trifocales En lugar de anteojos y lentes, puede seleccionar lentes de contacto hasta el límite del beneficio anual | <p>Nuestro plan cubre:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 examen de la vista de rutina por año Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo Evaluación anual de glaucoma <p>Nuestro plan da un límite del beneficio anual de hasta un valor de farmacia de \$300 para anteojos y lentes:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes de contacto O Un par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales, O 1 montura para anteojos y lentes <p>Nuestro plan da las siguientes actualizaciones por año:</p> <p>\$50 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes progresivos estándar <p>\$40 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos de sol graduados de una selección con lentes polarizados (grises o marrones), O <p>\$30 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> Lentes fotocromáticos <p>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 montura de una selección establecida de monturas O Anteojos estándares monofocales, bifocales o trifocales En lugar de anteojos y lentes, puede seleccionar lentes de contacto hasta el límite del beneficio anual | <p>La cantidad del beneficio por año se puede aplicar solo a los lentes, solo a la montura o a ambos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los anteojos estándar incluyen: <ul style="list-style-type: none"> Monofocales, Bifocales (FT 28) o Lentes trifocales (7X28) <p>La adaptación de lentes de contacto no es un beneficio cubierto.</p> <p>Lentes progresivos La mejora se puede usar una vez por año y además de la mejora de anteojos de sol graduados O lentes fotocromáticos.</p> <p>Anteojos de sol graduados O lentes fotocromáticos Opción de seleccionar anteojos de sol graduados con lentes polarizados (grises o marrones) de una selección especial de monturas O lentes fotocromáticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> El beneficio de anteojos de sol graduados solo puede utilizarse una vez por año y no puede combinarse con otras mejoras. El beneficio de lentes fotocromáticos solo puede utilizarse una vez por año y no puede combinarse con otras mejoras. <p>Las mejoras no afectan el límite por año para anteojos y lentes.</p> |

Sus beneficios y costos compartidos

| Primas y beneficios | Premier by Ultimate (HMO) 001 | Premier by Ultimate (HMO) 028 | Premier by Ultimate (HMO) 045 |
|---|--|--|--|
| Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Estancias en el hospital como paciente hospitalizado • Visitas de terapia grupal para pacientes ambulatorios • Visitas de terapia individual para pacientes ambulatorios | \$60 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 91 \$10 de copago para visitas de terapia grupal \$10 de copago para visitas de terapia individual | \$170 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90 \$10 de copago para visitas de terapia grupal \$20 de copago para visitas de terapia individual | \$90 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 91 \$10 de copago para visitas de terapia grupal \$15 de copago para visitas de terapia individual |
| Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) | \$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$150 de copago por día para los días 21 a 40 \$0 de copago por día para los días 41 a 100 | \$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$150 de copago por día para los días 21 a 40 \$0 de copago por día para los días 41 a 100 | \$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$150 de copago por día para los días 21 a 40 \$0 de copago por día para los días 41 a 100 |
| Fisioterapia <ul style="list-style-type: none"> • Visita de fisioterapia • Servicios de patología del habla y del lenguaje • Visita de terapia ocupacional | \$20 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$20 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional | \$20 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$20 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional | \$15 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$15 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional |
| Ambulancia | \$150 de copago para el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro para el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare | \$150 de copago para el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro para el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare | \$150 de copago para el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro para el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare |

Sus beneficios y costos compartidos

| Premier by Ultimate (HMO) 046 | Premier by Ultimate (HMO) 047 | Lo que necesita saber |
|--|--|--|
| \$175 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90 \$15 de copago para visitas de terapia grupal \$15 de copago para visitas de terapia individual | \$175 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90 \$10 de copago para visitas de terapia grupal \$25 de copago para visitas de terapia individual | A menos que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios. |
| \$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$150 de copago por día para los días 21 a 40 \$0 de copago por día para los días 41 a 100 | \$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$150 de copago por día para los días 21 a 40 \$0 de copago por día para los días 41 a 100 | Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Los copagos para los beneficios de los centros de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios inicia el día en que es hospitalizado y finaliza cuando no ha recibido atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si entra a un SNF después de que finalizó un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios. Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios. |
| \$20 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$20 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional | \$30 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$30 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional | Los servicios prestados en un centro de hospital para pacientes ambulatorios están sujetos al copago del hospital para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera un referido o una autorización previa para algunos servicios. |
| \$175 de copago para el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro para el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare | \$150 de copago para el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro para el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare | Excepto en emergencias, este servicio puede requerir autorización previa. |

Sus beneficios y costos compartidos

| Primas y beneficios | Premier by Ultimate (HMO) 001 | Premier by Ultimate (HMO) 028 | Premier by Ultimate (HMO) 045 |
|--|--|--|--|
| Transporte | \$0 de copago por hasta 20 viajes de ida cada año a lugares relacionados con temas médicos aprobados por el plan | \$0 de copago por hasta 20 viajes de ida cada año a lugares relacionados con temas médicos aprobados por el plan | \$0 de copago por hasta 20 viajes de ida cada año a lugares relacionados con temas médicos aprobados por el plan |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | 20% de coseguro por <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B \$35 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro de un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare | 20% de coseguro por <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B \$35 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro de un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare | 20% de coseguro por <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B \$35 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro de un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare |
| Cuidado de los pies (servicios de podología) Exámenes y tratamientos de los pies, cubiertos por Medicare | \$10 de copago | \$20 de copago | \$15 de copago |
| Programa de bienestar <ul style="list-style-type: none"> • Programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® • Educación médica • Servicios adicionales para dejar de fumar y consumir tabaco | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |

Sus beneficios y costos compartidos

| Premier by Ultimate (HMO) 046 | Premier by Ultimate (HMO) 047 | Lo que necesita saber |
|--|--|---|
| \$0 de copago por hasta 12 viajes de ida cada año a lugares relacionados con temas médicos aprobados por el plan | \$0 de copago por hasta 12 viajes de ida cada año a lugares relacionados con temas médicos aprobados por el plan | Nuestro plan cubre el transporte relacionado con temas médicos a los siguientes lugares aprobados por el plan: <ul style="list-style-type: none"> • Citas con el Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/Especialista • Laboratorios y centros de diagnóstico por imagen • Farmacias • Gimnasios y centros de acondicionamiento físico • Bancos • Distribuidores de alimentos • Tienda de comestibles • Oficina de correo <p>Llame al 855-306-0700 (TTY 711) con 72 horas de antelación para programar su viaje. Tenga a mano la siguiente información, si corresponde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cita o fecha y hora de llegada prevista • Dirección y número de teléfono del destino • Si visita a un proveedor, el nombre del médico o profesional |
| 20% de coseguro por <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B \$35 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro de un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare | 20% de coseguro por <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B \$35 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro de un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare | El copago del especialista correspondiente se aplica cuando se da durante una visita en el consultorio del médico/especialista. Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios. |
| \$15 de copago | \$25 de copago | Se requiere un referido. |
| \$0 de copago | \$0 de copago | |

Sus beneficios y costos compartidos

| Primas y beneficios | Premier by Ultimate (HMO) 001 | Premier by Ultimate (HMO) 028 | Premier by Ultimate (HMO) 045 |
|---|---|---|---|
| Tarjeta de beneficios Ultimate (Tarjeta prepaga de beneficios Mastercard®) | \$200 cada año para cubrir los servicios de audición, dentales y de la vista que excedan los beneficios permitidos por el plan. | \$200 cada año para cubrir los servicios de audición, dentales y de la vista que excedan los beneficios permitidos por el plan. | \$200 cada año para cubrir los servicios de audición, dentales y de la vista que excedan los beneficios permitidos por el plan. |
| Beneficio de comidas | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Equipos/suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, miembros artificiales) Suministros para diabéticos | 20% de coseguro por <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) Prótesis \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Suministros para el control de la diabetes preferidos Capacitación para el autocontrol de la diabetes \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Zapatos para diabéticos | 20% de coseguro por <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) Prótesis \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Suministros para el control de la diabetes preferidos Capacitación para el autocontrol de la diabetes \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Zapatos para diabéticos | 20% de coseguro por <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) Prótesis \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Suministros para el control de la diabetes preferidos Capacitación para el autocontrol de la diabetes \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Zapatos para diabéticos |

Sus beneficios y costos compartidos

| Premier by Ultimate (HMO) 046 | Premier by Ultimate (HMO) 047 | Lo que necesita saber |
|---|---|---|
| \$200 cada año para cubrir los servicios de audición, dentales y de la vista que excedan los beneficios permitidos por el plan. | \$200 cada año para cubrir los servicios de audición, dentales y de la vista que excedan los beneficios permitidos por el plan. | La asignación anual se carga en su tarjeta de beneficios Ultimate y puede utilizarse en los lugares donde se acepte Mastercard® para cubrir los servicios de audición, dentales y de la vista que excedan los beneficios permitidos por el plan. Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios. Esta tarjeta es emitida por The Bancorp Bank N.A., miembro de FDIC. |
| \$0 de copago | \$0 de copago | Inmediatamente después del alta de un paciente hospitalizado, recibirá un máximo de 14 comidas durante 1 semana. Este beneficio no tiene un máximo anual. |
| 20% de coseguro por <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) Prótesis \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Suministros para el control de la diabetes preferidos Capacitación para el autocontrol de la diabetes \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Zapatos para diabéticos | 20% de coseguro por <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) Prótesis \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Suministros para el control de la diabetes preferidos Capacitación para el autocontrol de la diabetes \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> Zapatos para diabéticos | Se requiere autorización para algunos servicios. |

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos y cuánto debo pagar en cada etapa?

Etapas 1: etapa del deducible anual. Esta etapa no se aplica para usted porque nuestros planes no tienen deducible.

Etapas 2: etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (su copago o cantidad de coseguro). Los costos compartidos pueden cambiar según los medicamentos, la farmacia que elija (es decir, red preferida o no preferida, fuera de la red, pedido por correo, tienda, atención a largo plazo, infusión en el domicilio, etc.) o el suministro del día (p. ej., para 30 días, 90 días o 100 días). Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de bolsillo del año calendario lleguen a **\$2,000**. Luego, pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Etapas 3: etapa de cobertura catastrófica. Durante la etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

¿Cómo determino el costo de mi medicamento con receta?

Cada medicamento de la lista de medicamentos del plan está en uno de los **cinco** niveles de costos compartidos con una cantidad de costos compartidos correspondiente según el plan:

- El **Nivel 1 de costos compartidos (genéricos preferidos)** incluye medicamentos genéricos.
- El **Nivel 2 de costos compartidos (genéricos)** incluye medicamentos genéricos y de marca.
- El **Nivel 3 de costos compartidos (de marca preferidos)** incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos.
- El **Nivel 4 de costos compartidos (medicamentos no preferidos)** incluye medicamentos de marca no preferida y algunos medicamentos genéricos.
- El **Nivel 5 de costos compartidos (medicamentos de especialidad)** incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo, que pueden necesitar una administración especial o una supervisión cercana. Este es el nivel de mayor costo.

Debe usar el formulario de nuestro plan para ubicar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. Para averiguar qué medicamentos cubrimos, puede consultar nuestra lista completa de medicamentos y cualquier restricción o limitación en nuestro sitio web, en www.ChooseUltimate.com, o llámenos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos. El Formulario puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.

Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Para más información sobre el costo compartido adicional específico de farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte la Evidencia de cobertura del plan en línea.

¡Ahorre aún más con los PEDIDOS POR CORREO!

¡Puede ahorrar más usando el servicio de farmacia de pedidos por correo de Ultimate Health Plans! Recibirá un suministro de medicamentos para tres meses directamente en su puerta y pagará el mismo copago que pagaría normalmente por un suministro para dos meses en su farmacia local.

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

| | Nivel de costo compartido | Farmacia minorista Costo compartido (suministro de 30 días) | Farmacia minorista Costo compartido (suministro de 90 días; suministro de hasta 100 días para algunos medicamentos de los Niveles 1 y 2) | Farmacia de pedido por correo Costo compartido (suministro de 90 días; suministro de hasta 100 días para algunos medicamentos de los Niveles 1 y 2) |
|------------------------------------|---|---|--|--|
| Plan | Premier by Ultimate (HMO) 001, 045 | | | |
| Etapas de cobertura inicial | Nivel 1 | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Nivel 2 | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Nivel 3 | \$30 de copago | \$90 de copago | \$60 de copago |
| | Nivel 4 | \$70 de copago | \$210 de copago | \$140 de copago |
| | Nivel 5 | 33% de coseguro | No cubierto | No cubierto |
| Plan | Premier by Ultimate (HMO) 028, 046 | | | |
| Etapas de cobertura inicial | Nivel 1 | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Nivel 2 | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Nivel 3 | \$35 de copago | \$105 de copago | \$70 de copago |
| | Nivel 4 | \$85 de copago | \$255 de copago | \$170 de copago |
| | Nivel 5 | 33% de coseguro | No cubierto | No cubierto |
| Plan | Premier by Ultimate (HMO) 047 | | | |
| Etapas de cobertura inicial | Nivel 1 | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Nivel 2 | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Nivel 3 | \$25 de copago | \$75 de copago | \$50 de copago |
| | Nivel 4 | \$75 de copago | \$225 de copago | \$150 de copago |
| | Nivel 5 | 33% de coseguro | No cubierto | No cubierto |

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-855-858-7526 (TTY 711).

Entienda sus beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) incluye una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.ChooseUltimate.com o llame al 1-855-858-7526 (TTY 711) para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Entienda las reglas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general, se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están en el directorio de proveedores).
- Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para más información, póngase en contacto con Tricare. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que quiera cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.

Aviso que informa a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad: La discriminación es ilegal

Ultimate Health Plans cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil ni religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso, el tratamiento o el empleo en sus programas y actividades.

Ultimate Health Plans:

- Da ayuda y presta servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratis de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para miembros de Ultimate Health Plans.

Si cree que Ultimate Health Plans no prestó estos servicios o lo discriminó de otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso, o el tratamiento o el empleo en sus programas y actividades, puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas de Ultimate Health Plans. Dirección: PO Box 6560, Spring Hill, FL 34611. Teléfono: 1-888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Fax: 1-800-313-2798. Correo electrónico: GrievanceAndAppeals@ulthp.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, un coordinador de quejas formales de Ultimate Health Plans puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica en el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-657-4170 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-657-4170 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-657-4170 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-657-4170 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa [1-888-657-4170 (TTY: 711)]. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-657-4170 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-657-4170 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-657-4170 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-657-4170 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-657-4170 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-888-657-4170 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-657-4170 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-657-4170 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-657-4170 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-657-4170 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-657-4170 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-888-657-4170 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



Para obtener más información, llame al
1-855-858-7526 (TTY 711)

1 de octubre - 31 de marzo:
Lunes - domingo, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.

1 de abril - 30 de septiembre:
Lunes - viernes, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.



Oficinas de Alcance Comunitario



303 SE 17th St, STE 305
Ocala, FL 34471



2713 Forest Rd
Spring Hill, FL 34606



4058 Tampa Rd, STE 7
Oldsmar, FL 34677



600 N US Hwy 1, STE A
Fort Pierce, FL 34950

Visite nuestro sitio web

www.ChooseUltimate.com