

2026

Resumen de Beneficios



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)



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 beneficios cubiertos por nuestro plan Premier by Ultimate (HMO). No incluye todos los servicios que cubre el plan ni 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 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 domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Tipos de planes de Ultimate

Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare: un plan de 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 en la red del plan (excepto en casos de emergencia).

¿Quién puede inscribirse?

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 casos de emergencia, 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 esos 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>, o solicite 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 un 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	\$185.00	\$185.00	\$185.00
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	\$80 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90	\$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 90
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 • \$10 de copago	Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$10 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.
\$185.00	\$185.00	
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 • \$10 de copago	Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$10 de copago	Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios. Se podría aplicar un copago aparte 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. • \$120 de copago En todo el mundo • \$100 de copago	En los EE. UU. • \$120 de copago En todo el mundo • \$100 de copago	En los EE. UU. • \$120 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 laboratorio 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 ambulatorias • \$0 de copago Procedimientos y pruebas 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 ambulatorias • \$0 de copago Procedimientos y pruebas 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 ambulatorias • \$0 de copago Procedimientos y pruebas 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. <ul style="list-style-type: none"> • \$120 de copago En todo el mundo <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago 	En los EE. UU. <ul style="list-style-type: none"> • \$120 de copago En todo el mundo <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago 	<p>Si lo hospitalizan 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.</p> <p>Pagamos hasta \$50,000 por servicios de emergencia cubiertos recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios. Si lo hospitalizan fuera de los EE. UU. y sus territorios, tendrá que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p>
\$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 necesarios con urgencia.
Servicios de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • 0% de coseguro por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías ambulatorias <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$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 <ul style="list-style-type: none"> • \$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 <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • 0% de coseguro por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías ambulatorias <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • \$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 <ul style="list-style-type: none"> • \$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 	<p>Se requiere una autorización previa para algunos servicios.</p> <p>Algunas pruebas 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 de la prueba.</p>

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
<p>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y diagnóstico por imágenes en un hospital para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Radiografías ambulatorias • Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Servicios radiológicos de diagnóstico 	<p>Servicios de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$75 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio <p>Radiografías ambulatorias</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$75 de copago <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <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 <p>Servicios radiológicos de diagnóstico</p> <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 	<p>Servicios de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$150 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio <p>Radiografías ambulatorias</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <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 <p>Servicios radiológicos de diagnóstico</p> <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>Servicios de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$150 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio <p>Radiografías ambulatorias</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <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 <p>Servicios radiológicos de diagnóstico</p> <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>Servicios para la audición</p>	<p>\$0 de copago por</p> <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>\$0 de copago por</p> <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>\$0 de copago por</p> <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
<p>Servicios de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$195 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio <p>Radiografías ambulatorias</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$195 de copago <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <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 <p>Servicios radiológicos de diagnóstico</p> <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 	<p>Servicios de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$150 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio <p>Radiografías ambulatorias</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <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 <p>Servicios radiológicos de diagnóstico</p> <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 hospitalario ambulatorio están sujetos al copago de hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>Algunas pruebas 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 de la prueba.</p>
<p>\$0 de copago por</p> <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>\$0 de copago por</p> <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 para la audición del plan.</p> <p>A los miembros se les ofrecerá una selección de audífonos para elegir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantía de devolución de dinero en 60 días • Garantía del fabricante de 3 años • 60 baterías por año, por unidad (suministro para 3 años)

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales preventivos • Servicios dentales integrales • Servicios dentales médicamente necesarios que no son de rutina, cubiertos por Medicare original 	<p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 3 empastes por año • 1 corona por año • 4 procedimientos periodontales 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 	<p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 3 empastes por año • 1 corona por año • 4 procedimientos periodontales 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 	<p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 3 empastes por año • 1 corona por año • 4 procedimientos periodontales 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
<p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 3 empastes por año • 1 corona por año • 4 procedimientos periodontales 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 	<p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales al año • 1 examen bucal completo cada 3 años • 3 empastes por año • 1 corona por año • 4 procedimientos periodontales 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 	<p>Las radiografías pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera imagen radiográfica periapical intrabucal • Cada imagen radiográfica periapical intrabucal adicional • Una imagen radiográfica de aleta de mordida, o dos, tres o cuatro imágenes radiográficas de aleta de mordida • Serie completa de imágenes radiográficas intrabucales, 1 cada 3 años • Imágenes radiográficas panorámicas cubiertas 1 cada 3 años <p>Los empastes pueden incluir:</p> <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 <p>Las extracciones simples pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta • Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o sección del diente <p>Las extracciones quirúrgicas pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extracción de un diente impactado • Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte) <p>Cobertura adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anestesia necesaria con servicio cubierto • 60 minutos de anestesia general o sedación intravenosa por fecha de servicio <p>Algunos servicios pueden requerir autorización previa.</p> <p>Limitaciones o restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El mantenimiento periodontal, la irrigación gingival y la administración localizada de fármacos antimicrobianos, como Arestin®, no están cubiertos, y el miembro es responsable del cargo adicional, aunque el raspado/alisado radicular esté cubierto.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
<p>Servicios para la vista</p> <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 afecciones del ojo • Evaluación anual de glaucoma <p>Nuestro plan da un límite del beneficio anual de un valor de farmacia de hasta \$400 para anteojos y lentes:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto O • 1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales, O • 1 montura para anteojos y lentes <p>Nuestro plan da las siguientes mejoras una vez por año:</p> <p>\$50 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes progresivos estándar <p>O</p> <p>\$40 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 par de anteojos de sol graduados con lentes polarizados (grises o marrones) <p>O</p> <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 estándar 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 afecciones del ojo • Evaluación anual de glaucoma <p>Nuestro plan da un límite del beneficio anual de un valor de farmacia de hasta \$400 para anteojos y lentes:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto O • 1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales, O • 1 montura para anteojos y lentes <p>Nuestro plan da las siguientes mejoras una vez por año:</p> <p>\$50 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes progresivos estándar <p>O</p> <p>\$40 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 par de anteojos de sol graduados con lentes polarizados (grises o marrones) <p>O</p> <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 estándar 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 afecciones del ojo • Evaluación anual de glaucoma <p>Nuestro plan da un límite del beneficio anual de un valor de farmacia de hasta \$400 para anteojos y lentes:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto O • 1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales, O • 1 montura para anteojos y lentes <p>Nuestro plan da las siguientes mejoras una vez por año:</p> <p>\$50 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes progresivos estándar <p>O</p> <p>\$40 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 par de anteojos de sol graduados con lentes polarizados (grises o marrones) <p>O</p> <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 estándar 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 afecciones del ojo • Evaluación anual de glaucoma <p>Nuestro plan da un límite del beneficio anual de un valor de farmacia de hasta \$400 para anteojos y lentes:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto O • 1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales, O • 1 montura para anteojos y lentes <p>Nuestro plan da las siguientes mejoras una vez por año:</p> <p>\$50 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes progresivos estándar O <p>\$40 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 par de anteojos de sol graduados 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 estándar 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 afecciones del ojo • Evaluación anual de glaucoma <p>Nuestro plan da un límite del beneficio anual de un valor de farmacia de hasta \$300 para anteojos y lentes:</p> <p>\$0 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto O • 1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales, O • 1 montura para anteojos y lentes <p>Nuestro plan da las siguientes mejoras una vez por año:</p> <p>\$50 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes progresivos estándar O <p>\$40 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 par de anteojos de sol graduados 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 estándar 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>Nuestro plan da las siguientes mejoras una vez por año:</p> <p>Lentes fotocromáticos O anteojos de sol graduados con lentes polarizados (grises o marrones) O lentes progresivos.</p> <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 	\$80 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90 \$10 de copago por visitas de terapia grupal \$10 de copago por 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 por visitas de terapia grupal \$10 de copago por 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 90 \$10 de copago por visitas de terapia grupal \$10 de copago por 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 	\$0 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$10 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional 	\$0 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$10 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional 	\$0 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$10 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional
Ambulancia	\$200 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro por el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare	\$200 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro por el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare	\$200 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro por 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
<p>\$175 de copago por día para los días 1 a 5</p> <p>\$0 de copago por día para los días 6 a 90</p> <p>\$10 de copago por visitas de terapia grupal</p> <p>\$10 de copago por visitas de terapia individual</p>	<p>\$175 de copago por día para los días 1 a 5</p> <p>\$0 de copago por día para los días 6 a 90</p> <p>\$10 de copago por visitas de terapia grupal</p> <p>\$10 de copago por visitas de terapia individual</p>	<p>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.</p>
<p>\$0 de copago por día para los días 1 a 20</p> <p>\$150 de copago por día para los días 21 a 40</p> <p>\$0 de copago por día para los días 41 a 100</p>	<p>\$0 de copago por día para los días 1 a 20</p> <p>\$150 de copago por día para los días 21 a 40</p> <p>\$0 de copago por día para los días 41 a 100</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Los copagos por 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 lo hospitalizan 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.</p> <p>No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios. Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios.</p>
<p>\$0 de copago por visita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje <p>\$10 de copago por visita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional 	<p>\$0 de copago por visita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje <p>\$10 de copago por visita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional 	<p>Los servicios prestados en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago de hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>Es posible que se requiera un referido o una autorización previa para algunos servicios.</p>
<p>\$200 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare</p> <p>20% de coseguro por el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare</p>	<p>\$200 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare</p> <p>20% de coseguro por el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare</p>	<p>Excepto en casos de emergencia, este servicio puede requerir autorización previa.</p>

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 20 viajes de ida cada año a lugares relacionados con temas médicos aprobados por el plan	\$0 de copago por 20 viajes de ida cada año a lugares relacionados con temas médicos aprobados por el plan	\$0 de copago por 20 viajes de ida cada año a lugares relacionados con temas médicos aprobados por el plan
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Entre 0% y 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 para un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare 	Entre 0% y 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 para un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare 	Entre 0% y 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 para 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	\$10 de copago	\$10 de copago
Programa de bienestar <ul style="list-style-type: none"> • Programa de actividad física 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
<p>\$0 de copago por 12 viajes de ida cada año a lugares relacionados con temas médicos aprobados por el plan</p>	<p>\$0 de copago por 12 viajes de ida cada año a lugares relacionados con temas médicos aprobados por el plan</p>	<p>Nuestro plan cubre el transporte relacionado con temas médicos a los siguientes lugares aprobados por el plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citas con el proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/especialista • Bancos • Laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes • Distribuidores de alimentos • Farmacias • Tienda de comestibles • Gimnasios y centros de actividad física • Oficina de correo • Administración de Salud para Veteranos (Veterans Affairs, VA) <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
<p>Entre 0% y 20% de coseguro por</p> <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 <p>\$35 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro para un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare 	<p>Entre 0% y 20% de coseguro por</p> <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 <p>\$35 de copago por</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro para un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare 	<p>El copago del especialista correspondiente se aplica cuando se da durante una visita en el consultorio de un médico/especialista.</p> <p>Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios.</p>
<p>\$10 de copago</p>	<p>\$10 de copago</p>	<p>Se requiere un referido.</p>
<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>	

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
Asignación flexible (cantidad que se carga a su tarjeta de beneficios Ultimate, una tarjeta prepaga de Mastercard)	\$660 de asignación anual para cubrir gastos de bolsillo para audición, dentales y para la vista.	\$580 de asignación anual para cubrir gastos de bolsillo para audición, dentales y para la vista.	\$500 de asignación anual para cubrir gastos de bolsillo para audición, dentales y para la vista.
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	\$90 cada mes	\$80 cada mes	\$90 cada mes
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 preferidos para el control de la diabetes \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • 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 (DME) • Prótesis \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • Suministros preferidos para el control de la diabetes \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • 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 (DME) • Prótesis \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • Suministros preferidos para el control de la diabetes \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • 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
\$620 de asignación anual para cubrir gastos de bolsillo para audición, dentales y para la vista.	\$500 de asignación anual para cubrir gastos de bolsillo para audición, dentales y para la vista.	La tarjeta prepaga de beneficios Mastercard® es emitida por The Bancorp Bank N.A., miembro de FDIC, de conformidad con la licencia de Mastercard International Incorporated. La tarjeta se puede usar para gastos elegibles en cualquier lugar donde se acepte Mastercard. Válida solo en los EE. UU. No se puede retirar dinero en efectivo. No es una tarjeta de regalo ni un certificado de regalo. Recibirá esta tarjeta gratis, sin pago alguno ni contraprestación monetaria.
\$95 cada mes	\$70 cada mes	La asignación mensual se carga en la tarjeta de beneficios Ultimate para pagar artículos OTC. Los fondos no usados vencen al final de cada mes.
\$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 (DME) • Prótesis \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • Suministros preferidos para el control de la diabetes \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • 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 (DME) • Prótesis \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • Suministros preferidos para el control de la diabetes \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • 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 en su caso porque nuestros planes no tienen deducible.

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (su copago o coseguro). Los costos compartidos pueden cambiar según el nivel de medicamentos, la farmacia que elija (es decir, red preferida o no preferida, fuera de la red, pedido por correo, tienda, atención de largo plazo, infusión en casa, etc.) o los días de suministro (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 **\$2,100**. 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 **5** niveles de costos compartidos con una cantidad de costos compartidos correspondiente según el plan:

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

Deberá utilizar la lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan para verificar en qué nivel se encuentra su medicamento y 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 obtener 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	Costo compartido de farmacia minorista (suministro para 30 días)	Costo compartido de farmacia minorista (suministro para 90 días; suministro para hasta 100 días para algunos medicamentos de los Niveles 1 y 2)	Costo compartido de farmacia de pedidos por correo (suministro para 90 días; suministro para hasta 100 días para algunos medicamentos de los Niveles 1 y 2)
Plan	Premier by Ultimate (HMO) 001, 028, 045, 046			
Etapa 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	35% de coseguro	35% de coseguro	35% de coseguro
	Nivel 5	33% de coseguro	No cubierto	No cubierto
Plan	Premier by Ultimate (HMO) 047			
Etapa 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	35% de coseguro	35% de coseguro	35% de coseguro
	Nivel 5	33% de coseguro	No cubierto	No cubierto

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y normas. 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 lo atienden 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 normas 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 2027.
- 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 obtener más información, póngase en contacto con Tricare. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza de Medigap porque estará pagando 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, incluida 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 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 en persona; por correo, fax o correo electrónico; o mediante un formulario en línea, en: <https://request.uhp.health>. Si necesita ayuda para presentar una queja, un coordinador de quejas 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>.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak any of these languages, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 888-657-4170 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 888-657-4170 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 888-657-4170 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Français

D'avis de disponibilité des services d'assistance linguistique et des aides et services auxiliaires

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 888-657-4170 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur. »

Deutsch

Bekanntmachung über die Verfügbarkeit von Sprachassistentendiensten und Hilfsmitteln und -diensten

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 888-657-4170 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Kreyòl Ayisyen

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 888-657-4170 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 888-657-4170 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italiano

Di avviso di disponibilità di servizi di assistenza linguistica e di ausili e servizi ausiliari

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'888-657-4170 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

日本語

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料をご利用いただけます。888-657-4170 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 888-657-4170 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

POLSKI

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 888-657-4170 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Português do Brasil

De aviso de disponibilidade de serviços de assistência linguística e auxílios e serviços auxiliares

ATENÇÃO: Se você fala Português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 888-657-4170 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 888-657-4170 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

中文

注意: 如果您说中文, 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 888-657-4170 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 888-657-4170 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

台語

注意: 如果您說台語, 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 888-657-4170 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。」

Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 888-657-4170 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.



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



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

Visite nuestro sitio web

www.ChooseUltimate.com