

2026

Resumen de Beneficios



Plan dual para necesidades especiales

Citrus | Hernando | Hillsborough | Indian River | Lake
Manatee | Marion | Orange | Osceola | Pasco | Pinellas
Polk | Sarasota | Seminole | St. Lucie | Sumter

035 Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)

036 Advantage Plus by Ultimate (Partial) (HMO D-SNP)



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 nuestros planes Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) y Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP). 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).

Plan de necesidades especiales de una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization Special Needs Plan, HMO SNP) de Medicare: un plan HMO de Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Los ejemplos de los grupos específicos atendidos incluyen personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que viven en centros de atención residencial y personas con ciertas condiciones crónicas.

¿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, recibir asistencia de la Agencia para la Administración de la Atención Médica (Agency for Health Care Administration, AHCA) de Medicaid de Florida y vivir en el área de servicio del plan.

Niveles de Medicaid

Doble elegibilidad para beneficios completos (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE): una persona que no es beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB), pero es elegible para los beneficios completos de Medicaid, ya sea categóricamente o por grupos de cobertura opcionales.

Beneficiario calificado de Medicare (QMB): Medicaid ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Estas personas no reciben todos los beneficios de Medicaid.

Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+): Medicaid ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Estas personas reciben todos los beneficios de Medicaid.

Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB): Medicaid ayuda a pagar las primas de la Parte B. Estas personas no reciben todos los beneficios de Medicaid.

Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+): Medicaid ayuda a pagar las primas de la Parte B. Estas personas reciben todos los beneficios de Medicaid.

Persona calificada (Qualifying Individual, QI): Medicaid ayuda a pagar las primas de la Parte B. Estas personas no reciben todos los beneficios de Medicaid.

Personas calificadas que trabajan y con discapacidad (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI): Medicaid ayuda a pagar las primas de la Parte A. Estas personas no reciben todos los beneficios de Medicaid.

¿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	Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) 035
Área de servicio	Citrus, Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake, Manatee, Marion, Osceola, Orange, Pasco, Polk, Pinellas, St. Lucie, Sarasota, Seminole, Sumter
Criterios de elegibilidad del plan de necesidades especiales	FBDE, QMB+, SLMB+ (Niveles de Medicaid, consulte la página 2)

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) 035
Prima mensual del plan	\$0
Deducible	Este plan no tiene deducible.
Cantidad máxima de gastos de bolsillo <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>	\$500
Cobertura de hospital para pacientes hospitalizados	\$0 de copago para los días 1 a 90
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	\$0 de copago
Visitas al médico <i>(proveedores de atención primaria y especialistas)</i>	Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$0 de copago
Atención de prevención	\$0 de copago

Nombre del plan	Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP) 036
Área de servicio	Citrus, Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake, Manatee, Marion, Osceola, Orange, Pasco, Polk, Pinellas, St. Lucie, Sarasota, Seminole, Sumter
Criterios de elegibilidad del plan de necesidades especiales	QMB, SLMB, QI, QDWI (niveles de Medicaid; consulte la página 2)

Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP) 036	Lo que necesita saber
\$0	Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid del estado de Florida u otro tercero paguen su prima de la Parte B.
Este plan no tiene deducible.	
\$500	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.
\$0 de copago para los días 1 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.
\$0 de copago	Se requiere una autorización previa para algunos servicios.
\$0 de copago	Es posible que se requiera un referido y una autorización previa para algunos servicios.
Proveedores de atención primaria • \$0 de copago	Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios.
Especialistas • \$0 de copago	Se podría aplicar un copago aparte por cada servicio adicional recibido en una visita en el consultorio.
\$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.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) 035
Atención de emergencia	<p>En los EE. UU.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p>En todo el mundo</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago
Servicios necesarios con urgencia	\$0 de copago
Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y diagnóstico por imágenes en un centro independiente o en un consultorio <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Radiografías ambulatorias • Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Servicios radiológicos de diagnóstico 	<p>Servicios de laboratorio y radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago por pruebas genéticas • \$0 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <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 • \$0 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas <p>Servicios radiológicos de diagnóstico</p> <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
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 	<p>Servicios de laboratorio y radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago por pruebas genéticas • \$0 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <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 • \$0 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas <p>Servicios radiológicos de diagnóstico</p> <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

Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP) 036	Lo que necesita saber
<p>En los EE. UU.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago <p>En todo el mundo</p> <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>
<p>\$0 de copago</p>	<p>Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de los servicios necesarios con urgencia.</p>
<p>Servicios de laboratorio y radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago por pruebas genéticas • \$0 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% de coseguro por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro por estudio del sueño, pruebas psicológicas <p>Servicios radiológicos de diagnóstico</p> <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>
<p>Servicios de laboratorio y radiografías</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 de copago por pruebas genéticas • \$0 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0% de coseguro por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “escópico”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro por estudio del sueño, pruebas psicológicas <p>Servicios radiológicos de diagnóstico</p> <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. 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>

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) 035
Servicios para la audición	<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 2 años) <p>Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.</p>
Servicios dentales <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 • 1 endodoncia por año • 1 desbridamiento bucal completo cada 2 años • 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 • El miembro es responsable del cargo adicional de las extracciones necesarias para adaptar las prótesis dentales <p>\$0 de copago por: Las prótesis dentales pueden incluir 1 opción de las siguientes por arco cada 5 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis dental completa, maxilar o mandibular • Prótesis dental inmediata, maxilar o mandibular • Prótesis dental parcial maxilar o mandibular, base de resina • Prótesis dental parcial maxilar o mandibular, metal fundido, base de resina • Prótesis dental parcial maxilar o mandibular, base flexible • Rebase de prótesis dental maxilar o mandibular (1 por año)

Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP) 036	Lo que necesita saber
<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 2 años) <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)
<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 • 1 endodoncia por año • 1 desbridamiento bucal completo cada 2 años • 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 • El miembro es responsable del cargo adicional de las extracciones necesarias para adaptar las prótesis dentales <p>\$0 de copago por: Las prótesis dentales pueden incluir 1 opción de las siguientes por arco cada 5 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis dental completa, maxilar o mandibular • Prótesis dental inmediata, maxilar o mandibular • Prótesis dental parcial maxilar o mandibular, base de resina • Prótesis dental parcial maxilar o mandibular, metal fundido, base de resina • Prótesis dental parcial maxilar o mandibular, base flexible • Rebase de prótesis dental maxilar o mandibular (1 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, 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	Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) 035
<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 \$500 para anteojos y lentes para una de las siguientes opciones:</p> <p>Opción 1 (\$0 de copago)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto y ajuste de lentes de contacto O • 1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales <p>Opción 2 (\$0 de copago)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su elección de 3 pares estándar de anteojos, monturas y lentes selectos <p>Nuestro plan da las siguientes mejoras una vez por año:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes progresivos estándar, lentes fotocromáticos, protección ultravioleta o revestimiento resistente a rayones. <p>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</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>Servicios de salud mental</p> <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 	<p>\$0 de copago para los días 1 a 90</p> <p>\$0 de copago por visitas de terapia grupal</p> <p>\$0 de copago por visitas de terapia individual</p>

Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP) 036	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 \$500 para anteojos y lentes para una de las siguientes opciones:</p> <p>Opción 1 (\$0 de copago)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto y ajuste de lentes de contacto O • 1 par de anteojos estándar monofocales, bifocales o trifocales <p>Opción 2 (\$0 de copago)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su elección de 3 pares estándar de anteojos, monturas y lentes selectos <p>Nuestro plan da las siguientes mejoras una vez por año:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes progresivos estándar, lentes fotocromáticos, protección ultravioleta o revestimiento resistente a rayones <p>Los beneficios posteriores a la cirugía de cataratas incluyen:</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>Lentes progresivos El beneficio de lentes progresivos solo puede utilizarse una vez por año y no puede combinarse con otras mejoras.</p> <p>Lentes fotocromáticos El beneficio de lentes fotocromáticos solo puede utilizarse una vez por año y no puede combinarse con otras mejoras.</p> <p>Las mejoras no afectan el límite por año para anteojos y lentes.</p>
<p>\$0 de copago para los días 1 a 90</p> <p>\$0 de copago por visitas de terapia grupal</p> <p>\$0 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>

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) 035
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	\$0 de copago para los días 1 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 \$0 de copago por visita <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional
Ambulancia	\$0 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare \$0 de copago por el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare
Transporte	\$0 de copago por viajes ilimitados cada año a lugares relacionados con temas médicos aprobados por el plan
Medicamentos de la Parte B de Medicare	\$0 de copago 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 \$0 de copago por <ul style="list-style-type: none"> • Un suministro para un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare

Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP) 036	Lo que necesita saber		
<p>\$0 de copago para los días 1 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>\$0 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>\$0 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago 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>		
<p>\$0 de copago por viajes ilimitados 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> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Citas con el proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/especialista • Laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes • Farmacias • Gimnasios y centros de actividad física • Administración de Salud para Veteranos (Veterans Affairs, VA) </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Bancos • Distribuidores de alimentos • Tienda de comestibles • Oficina de correo </td> </tr> </table> <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 	<ul style="list-style-type: none"> • Citas con el proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/especialista • Laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes • Farmacias • Gimnasios y centros de actividad física • Administración de Salud para Veteranos (Veterans Affairs, VA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bancos • Distribuidores de alimentos • Tienda de comestibles • Oficina de correo
<ul style="list-style-type: none"> • Citas con el proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/especialista • Laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes • Farmacias • Gimnasios y centros de actividad física • Administración de Salud para Veteranos (Veterans Affairs, VA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bancos • Distribuidores de alimentos • Tienda de comestibles • Oficina de correo 		
<p>\$0 de copago 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>\$0 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>		

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) 035
Cuidado de los pies (<i>servicios de podología</i>) Exámenes y tratamientos de los pies, cubiertos por Medicare	\$0 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
Servicio de apoyo a domicilio	\$0 de copago por hasta 30 horas por año de servicios de apoyo de acompañantes y cuidadores
Asignación flexible (cantidad que se carga a su tarjeta de beneficios Ultimate, una tarjeta prepaga de Mastercard)	\$700 de asignación anual para cubrir gastos de bolsillo para audición, dentales y para la vista.
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	\$205 cada mes para la compra de productos de venta libre aprobados.
Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos (con una afección verificada que califique) <ul style="list-style-type: none"> • Comidas saludables • Servicios públicos (electricidad, gas y agua) 	\$225 cada mes para la compra de comidas saludables en tiendas participantes y para el pago de determinadas facturas de servicios públicos.
Beneficio de comidas	\$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 	\$0 de copago 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

Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP) 036	Lo que necesita saber
\$0 de copago	Se requiere un referido.
\$0 de copago	
\$0 de copago por hasta 30 horas por año de servicios de apoyo de acompañantes y cuidadores	El servicio de compañía a domicilio incluye tareas domésticas ligeras, juegos de mesa, mirar álbumes de fotos y ayuda con la tecnología. Las visitas pueden programarse durante un máximo de 2-4 horas por día, 7 días a la semana. Llame al 855-329-4858 (TTY 711) para obtener ayuda.
\$630 de asignación anual para cubrir gastos de bolsillo para audición, dentales y para la vista.	La asignación anual se carga a su tarjeta prepaga de beneficios Mastercard® y puede utilizarse en los lugares donde se acepte Mastercard® para cubrir servicios para la audición, dentales y para la vista que excedan los beneficios permitidos por el plan. Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios. Las asignaciones mensuales se cargan a su tarjeta prepaga de beneficios Mastercard®. Los fondos no usados vencen al final de cada mes. Pueden aplicarse algunas restricciones.
\$210 cada mes para la compra de productos de venta libre aprobados.	La asignación mensual se carga en la tarjeta de beneficios Ultimate para pagar artículos OTC. Los fondos no se transfieren de un mes a otro. Los fondos no usados vencen al final de cada mes.
\$225 cada mes para la compra de comidas saludables en tiendas participantes y para el pago de determinadas facturas de servicios públicos.	La asignación mensual se carga en la tarjeta de beneficios Ultimate para pagar comidas saludables cubiertas y facturas de servicios públicos (electricidad, gas y agua). Los fondos no se transfieren de un mes a otro. Los fondos no usados vencen al final de cada mes.
\$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.
\$0 de copago 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

El formulario se divide en 6 niveles

Cada medicamento de la lista de medicamentos del plan está en uno de los 6 niveles de costos compartidos con una cantidad de costos compartidos correspondiente tal como se muestra abajo. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento.

- 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 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 que pueden requerir una administración especial o una supervisión cercana.
- El **Nivel 6 de costos compartidos (solo medicamentos excluidos)** incluye medicamentos con receta que generalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

	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	Advantage Plus by Ultimate (completo) (HMO D-SNP) 035 Advantage Plus by Ultimate (parcial) (HMO D-SNP) 036			
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 coseguro O BIEN, cantidad aprobada por el Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS)	25% de coseguro O BIEN, cantidad aprobada por LIS	25% de coseguro O BIEN, cantidad aprobada por LIS
	Nivel 4	25% de coseguro O BIEN, cantidad aprobada por LIS	25% de coseguro O BIEN, cantidad aprobada por LIS	25% de coseguro O BIEN, cantidad aprobada por LIS
	Nivel 5	25% de coseguro O BIEN, cantidad aprobada por LIS	No cubierto	No cubierto
	Nivel 6	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

La tabla de abajo contiene un resumen de los beneficios cubiertos por AHCA (Medicaid) y Advantage Plus by Ultimate completo y parcial. Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Quienes tienen Medicaid y Medicare se conocen como “doblemente elegibles”. Lo que usted pague por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Estos beneficios pueden estar sujetos a una autorización previa.

Servicio	Medicaid del estado de Florida	Advantage Plus by Ultimate completo y parcial
Servicios para alergias	Está cubierto	Está cubierto
Servicios del Centro de cirugía ambulatoria	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de anestesia	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de atención de asistencia	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de evaluación de salud conductual	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de apoyo comunitario de salud conductual	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de intervención de salud conductual	Está cubierto	Está cubierto
Administración de medicamentos para la salud del comportamiento	Está cubierto	Está cubierto
Servicios complementarios de salud conductual	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de terapia de salud conductual	Está cubierto	Está cubierto
Servicios cardiovasculares	Está cubierto	Está cubierto
Administración de casos centrada en los servicios de salud infantil	Está cubierto	Está cubierto
Servicios quiroprácticos	Está cubierto	Está cubierto
Servicios del Departamento de Salud del Condado (County Health Department, CHD)	Está cubierto	Está cubierto
Servicios dentales	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de diálisis	Está cubierto	Está cubierto
Equipo médico duradero y suministros médicos	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de intervención temprana	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de transporte de emergencia	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de evaluación y administración	Está cubierto	Está cubierto
Servicios en un centro médico calificado a nivel federal	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de atención gastrointestinal	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de atención genitourinaria	Está cubierto	Está cubierto
Servicios para la audición	Está cubierto	Está cubierto
Servicios médicos a domicilio	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de hospital para pacientes hospitalizados	Está cubierto	Está cubierto
Servicios para el sistema tegumentario	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de laboratorio	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de crianza temporal médica	Está cubierto	Está cubierto
Administración de casos centrada en la salud mental	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de neurología	Está cubierto	Está cubierto

Servicio	Medicaid del estado de Florida	Advantage Plus by Ultimate completo y parcial
Servicios de transporte que no son de emergencia	Está cubierto	Está cubierto
Servicios en un centro de enfermería	Está cubierto	Está cubierto
Terapia ocupacional	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial	Está cubierto	Está cubierto
Servicios ortopédicos	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios	Está cubierto	Está cubierto
Servicios para el manejo del dolor	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de cuidado personal	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de fisioterapia	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de podología	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de medicamentos con receta	Está cubierto	Está cubierto
Enfermería de asistencia particular	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de radiología y medicina nuclear	Está cubierto	Está cubierto
Servicios en un centro regional de cuidados intensivos perinatales	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de reproducción	Está cubierto	Está cubierto
Servicios para el sistema respiratorio	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de terapia respiratoria	Está cubierto	Está cubierto
Servicios en una clínica médica rural	Está cubierto	Está cubierto
Servicios terapéuticos especializados	Está cubierto	Está cubierto
Patología del habla y del lenguaje	Está cubierto	Está cubierto
Programa psiquiátrico para pacientes hospitalizados en todo el estado	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de trasplante	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de ayudas visuales	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de atención para la vista	Está cubierto	Está 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).
- Este es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho a Medicare y a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid.
- 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