



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

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP).

En este material, se describen los cambios en los costos y beneficios del plan para el próximo año.

- **Del 15 de octubre al 7 de diciembre, puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o consulte la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare & You 2026* (*Medicare y Usted 2026*).
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en www.ChooseUltimate.com/Member/DocumentsandForms o llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo postal.

Más recursos

- Este material está disponible gratis en español.
- Nuestro plan presta servicios de asistencia con el idioma, así como recursos y servicios adicionales pertinentes gratis. Nuestro plan proporciona el aviso en inglés y, como mínimo, en los 15 idiomas que hablan con más frecuencia las personas que tienen dominio limitado del inglés y que viven dentro del área de servicio de nuestro plan. Además, brinda el aviso en formatos alternativos para las personas con discapacidades que requieren recursos y servicios adicionales para garantizar una comunicación eficaz.
- Llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en braille, letra grande y audio.

Acerca de Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP)

- Ultimate Health Plans es una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene 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.
- Cuando, en este material, dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Ultimate Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, quedará inscrito automáticamente en** Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP). A partir del 1 de enero de 2026, recibirá la cobertura médica y para medicamentos a través de Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacerlo.

H2962_052_ANOC26_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	8
Sección 1.1 Cambios a la prima mensual del plan.....	8
Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo	8
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	9
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D	17
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta.....	17
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	21
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	21
Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan	22
Sección 3.2 ¿Hay otros períodos en el año para hacer cambios?	22
SECCIÓN 4 Recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta.....	23
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....	24
Obtenga ayuda de Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP)	24
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	25
Obtenga ayuda de Medicare	25

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de gastos de bolsillo para sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$3,400	\$3,400
Visitas en el consultorio de atención primaria	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita
Visitas en el consultorio de un especialista	\$15 de copago por visita	\$3 de copago por visita

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención de largo plazo en hospitales y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención en el hospital para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted es formalmente internado en el hospital con una orden del médico. El día antes del alta es su último día como paciente hospitalizado.	\$165 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90	\$165 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90
Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más información).	\$0	\$0
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte las Secciones 1.6 y 1.7 para obtener más información, incluido el deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica).	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:	Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:
	Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago	Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Medicamentos de Nivel 2: \$0 de copago	Medicamentos de Nivel 2: \$0 de copago
	Medicamentos de Nivel 3: \$25 de copago	Medicamentos de Nivel 3: \$25 de copago Usted paga el 25% de coseguro o \$25 de copago, lo que sea menor, por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Medicamentos de Nivel 4: \$70 de copago	Medicamentos de Nivel 4: 35% del costo total
	Medicamentos de Nivel 5: 33% de coseguro Usted paga \$35 de copago por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total Usted paga el 25% de coseguro o \$35 de copago, lo que sea menor, por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Medicamentos de Nivel 6: \$10 de copago	Medicamentos de Nivel 6: \$10 de copago Usted paga el 25% de coseguro o \$10 de copago, lo que sea menor, por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Etapa de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	Etapa de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

Sección 1.1 Cambios a la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 No hay cambios para el siguiente año de beneficios.
Reducción de la prima de la Parte B Esta cantidad se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que usted pagará menos por la Parte B.	\$170.00	\$185.00

Factores que podrían cambiar la cantidad de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: la prima mensual del plan será *más alta* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más altos: si tiene ingresos más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga de bolsillo en un año. Este límite se llama “cantidad máxima de gastos de bolsillo”. Cuando haya pagado esa cantidad, normalmente no se paga nada por los servicios cubiertos el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Sus costos de los medicamentos con receta no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$3,400	\$3,400 Cuando haya pagado \$3,400 de bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por estos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores para el próximo año cambió. Consulte el *Directorio de proveedores* de 2026 en www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor.
- Llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo postal.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestros proveedores a mitad de año lo afecta, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor en la red deja de estar en nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias.

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias en la red.

Nuestra red de farmacias para el próximo año cambió. Consulte el *Directorio de farmacias* de 2026 en www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor.
- Llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para solicitar que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo postal.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en nuestras farmacias a mitad de año lo afecta, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Acupuntura	<u>Dentro de la red</u> \$15 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> \$3 de copago por cada visita cubierta por Medicare.
Servicios de ambulancia	<u>Dentro de la red</u> \$150 de copago por cada servicio de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> \$200 de copago por cada servicio de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	<u>Dentro de la red</u> \$20 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. \$20 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> \$5 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. \$5 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos	<u>Dentro de la red</u> \$15 de copago por cada visita en la que reciba servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> \$3 de copago por cada visita en la que reciba servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico	<u>Dentro de la red</u> Los beneficios de servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico <u>no</u> están cubiertos.	<u>Dentro de la red</u> Los beneficios de servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico cubiertos por Medicare están cubiertos.
Prueba de detección de cáncer colorrectal (enemas de bario)	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por cada enema de bario cubierto por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> El beneficio de enema de bario <u>no</u> está cubierto.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención de emergencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$75 de copago por cada visita en la que reciba servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$120 de copago por cada visita en la que reciba servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.
Asignación flexible (audición, dental, vista)	<u>Dentro de la red</u> Recibirá una asignación anual de \$200 cargada en su tarjeta de beneficios Ultimate para cubrir los costos de los servicios para la audición, dentales y para la vista que excedan los beneficios permitidos por el plan.	<u>Dentro de la red</u> Recibirá una asignación anual de \$670 cargada en su tarjeta de beneficios Ultimate para cubrir los costos de los servicios para la audición, dentales y para la vista que excedan los beneficios permitidos por el plan.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> \$15 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de atención de salud mental (no psiquiatra). \$10 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de atención de salud mental (no psiquiatra).	<u>Dentro de la red</u> \$3 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de atención de salud mental (no psiquiatra). \$3 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de atención de salud mental (no psiquiatra).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)	\$15 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. \$10 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra.	\$3 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. \$3 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> \$20 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. \$20 de copago por cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> \$3 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. \$3 de copago por cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.
Artículos de venta libre	<u>Dentro de la red</u> Los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) <u>no</u> están cubiertos. La terapia de reemplazo de nicotina (Nicotine Replacement Therapy, NRT) <u>no</u> está cubierta.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por artículos OTC. La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) está cubierta. Cantidad máxima de cobertura del plan: \$105 cada mes para artículos OTC. La parte no utilizada no se traslada al período siguiente.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios del programa de hospitalización parcial e intensivos para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> Se requiere una autorización previa para servicios intensivos para pacientes ambulatorios. Se requiere un referido para servicios intensivos para pacientes ambulatorios.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere una autorización previa para servicios intensivos para pacientes ambulatorios. No se requiere un referido para servicios intensivos para pacientes ambulatorios.
Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica, incluyendo las visitas en el consultorio del médico	<u>Dentro de la red</u> \$15 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare. Por cada visita cubierta por Medicare a otros profesionales de atención médica (como enfermeros de práctica avanzada y asistentes médicos), usted paga \$15 de copago.	<u>Dentro de la red</u> \$3 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare. Por cada visita cubierta por Medicare a otros profesionales de atención médica (como enfermeros de práctica avanzada y asistentes médicos), usted paga \$3 de copago.
Servicios de podología	<u>Dentro de la red</u> \$15 de copago por cada visita en la que reciba servicios de podología cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> \$3 de copago por cada visita en la que reciba servicios de podología cubiertos por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH	<u>Dentro de la red</u> El beneficio de profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) para la prevención del VIH no está cubierto.	<u>Dentro de la red</u> No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP cubierto por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar	<u>Dentro de la red</u> \$20 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> \$5 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C	<u>Dentro de la red</u> La prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C <u>no</u> está cubierta.	<u>Dentro de la red</u> No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Asignación para pago de servicios públicos y comidas saludables	<u>Dentro de la red</u> El beneficio suplementario <u>no</u> está cubierto.	<u>Dentro de la red</u> Este plan ofrece una asignación mensual de gastos combinados de \$100 cargados en su tarjeta de beneficios Ultimate. Usted elige cómo quiere gastar su asignación para cualquiera de los siguientes beneficios: • Comidas saludables, como verduras, frutas, pan, arroz y más, que debe comprar en una tienda participante. • Facturas de servicios públicos de electricidad, gas y agua.
Terapia de ejercicio supervisada (SET)	<u>Dentro de la red</u> \$20 de copago por cada visita de terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) cubierta por Medicare para la enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática.	<u>Dentro de la red</u> \$5 de copago por cada visita de SET cubierta por Medicare para la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.
Atención para la vista	<u>Dentro de la red</u> Cantidad máxima de cobertura del plan: \$300 cada año para todos los anteojos y lentes no cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Cantidad máxima de cobertura del plan: \$400 cada año para todos los anteojos y lentes no cubiertos por Medicare.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o lista de medicamentos. Una copia de nuestra lista de medicamentos se proporciona en formato electrónico.

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, lo que podría incluir la eliminación o la adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o su paso a un nivel de costos compartidos diferente. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para enterarse de si habrá alguna restricción o si sus medicamentos pasaron a otro nivel de costos compartidos.**

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

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos al principio del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con el proveedor que receta para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

¿Recibe Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura para medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos (Ayuda adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos material por separado, llamado *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), en el que se describen los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibe el material antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY debe llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional de LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos**: la etapa del deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa de período sin cobertura y el Programa de Descuentos durante el Período sin Cobertura (Coverage Gap Discount Program) ya no estarán disponibles en el beneficio de la Parte D.

- **Etapas de pago de medicamentos**
 - **Etapas de pago de medicamentos**

No tenemos deducible, así que esta etapa de pago no se aplica a usted.

- **Etapas de pago de medicamentos**
 - **Etapas de pago de medicamentos**

En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte correspondiente del costo. Por lo general, usted permanece en esta etapa hasta que el total de los gastos de bolsillo del año hasta la fecha llegue a \$2,100.

- **Etapas de pago de medicamentos**
 - **Etapas de pago de medicamentos**

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted permanecerá en esta etapa durante el resto del año calendario.

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

Costos de medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Costos de medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

Para medicamentos del Nivel 4 (Medicamentos no preferidos), los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial cambiarán de un copago a un coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios para 2026 con respecto a 2025.

La tabla muestra su costo por receta para surtir un suministro para un mes (30 días) en una farmacia en la red con costos compartidos estándar.

Hemos cambiado de nivel algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o de un suministro a largo plazo o recetas mediante pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de la Evidencia de cobertura.

Una vez que haya pagado \$2,100 de bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Genéricos preferidos: Hemos cambiado de nivel algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la lista de medicamentos.	\$0 de copago	\$0 de copago
Genéricos:	\$0 de copago	\$0 de copago
De marca preferidos:	\$25 de copago	\$25 de copago Usted paga el 25% de coseguro o \$25 de copago, lo que sea menor, por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos no preferidos:	\$70 de copago	35% del costo total
Medicamentos de especialidad:	33% de coseguro Usted paga \$35 de copago por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	33% del costo total Usted paga el 25% de coseguro o \$35 de copago, lo que sea menor, por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Medicamentos de atención selecta:	\$10 de copago	\$10 de copago Usted paga el 25% de coseguro o \$10 de copago, lo que sea menor, por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Cambios en la etapa de cobertura catastrófica

Si alcanza la etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura catastrófica, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) es una opción de pago que comenzó este año y que puede ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y sigue en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente en 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov .

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para continuar en Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP), no es necesario que haga nada. A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Medicare original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP).

Si quiere cambiar de plan en 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan médico de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP).
- **Para cambiarse a Medicare original con una cobertura para medicamentos de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP).

- **Para cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que lo den de baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (consulte la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Medicare original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, lea el manual *Medicare & You 2026* (*Medicare y Usted 2026*), llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que Ultimate Health Plans ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden tener una cobertura, primas mensuales del plan y cantidades de costo compartido diferentes.

Sección 3.1 Plazos para el cambio de plan

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios en su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare original (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare separada) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Hay otros períodos en el año para hacer cambios?

En determinadas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Entre los ejemplos, se incluyen personas con las siguientes características:

- Tienen Medicaid.
- Reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos.
- Tienen o están dejando de tener cobertura del empleador.
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan.

Si se mudó hace poco a una institución o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital con atención de largo plazo), puede cambiar de cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare original (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare separada) en

cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasar a Medicare original durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluidas primas mensuales de planes de medicamentos, deducibles anuales y coseguros. Además, a las personas que califiquen no se les aplicará la multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - El Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - La Oficina Estatal de Medicaid.
- **Asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP con VIH/SIDA a obtener medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, se deben cumplir ciertos criterios, los cuales incluyen un comprobante de residencia en el estado y de su condición de VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y su condición como no asegurado o con un seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para los costos compartidos de los medicamentos con receta mediante el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida de Florida. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad; los medicamentos cubiertos; cómo inscribirse en el programa; o, si ya está inscripto, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida de Florida al 850-245-4422. Cuando llame, asegúrese de informar el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.
- **El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que se puede usar con su cobertura para medicamentos actual para que pueda administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo

del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no lo hará ahorrar dinero ni reducir los costos de medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y de su ADAP, para las personas que califican, son opciones más ventajosas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, independientemente de la opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP)

- **Llame a Servicios para miembros al 888-657-4170. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para atender llamadas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a estos números son gratis.

- **Lea la *Evidencia de cobertura para 2026***

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura para 2026* de Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en www.ChooseUltimate.com/Member/DocumentsandForms, o llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo postal.

- **Visite www.ChooseUltimate.com/Member/DocumentsandForms**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *lista de medicamentos cubiertos* (formulario/lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

Llame a Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros médicos. Ellos pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Llame a Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) al 800-963-5337. Para obtener más información sobre Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE), visite su sitio web (<https://www.floridashine.org/>).

Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov**

Puede hacerlo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)***

El manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)* se envía por correo postal a las personas con Medicare cada otoño. Tiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en <http://www.Medicare.gov> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.