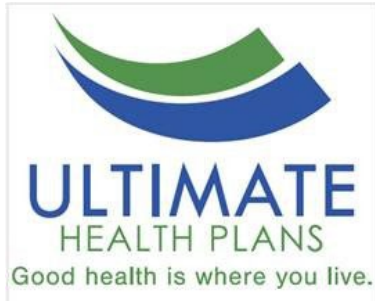




Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) ofrecido por Ultimate Health Plans

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-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 2026, permanecerá en Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-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 2027 (Medicare y Usted 2027)*.
- 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.
- 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 Plus by Ultimate (Full) (HMO D-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. Nuestro plan también tiene un contrato escrito con el programa Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando, en este material, dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Ultimate Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, quedará inscrito automáticamente en** Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP). A partir del 1 de enero de 2027, recibirá la cobertura médica y para medicamentos a través de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacerlo.

Índice

Resumen de costos importantes para 2027	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 Cambios a la prima mensual del plan.....	7
Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	8
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	14
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	14
SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan.....	16
Sección 2.1 Plazos para el cambio de plan.....	17
Sección 2.2 ¿Hay otros períodos en el año para hacer cambios?.....	17
SECCIÓN 3 Recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta.....	18
SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?.....	19
Obtenga ayuda de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)	19
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	20
Obtenga ayuda de Medicare	20
Obtenga ayuda de Medicaid	21

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (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).	\$500	\$500
Visitas en el consultorio de atención primaria	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita
Visitas en el consultorio de un especialista	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado Incluye varias estancias hospitalarias como cuidados agudos, rehabilitación y cuidados a largo plazo. Una estadía hospitalaria como paciente interno comienza el día que te admiten formalmente con la orden de un médico y termina el día antes de que te den de alta.	\$0 de copago por día para los días 1 a 90	\$0 de copago por día para los días 1 a 90

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
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).	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:	Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:
	Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago	Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago
	Medicamentos de Nivel 2: \$0 de copago	Medicamentos de Nivel 2: \$0 de copago
	Medicamentos de Nivel 3: 25% del costo total o el monto del subsidio aprobado por LIS Usted no paga más que el menor de 25% de coseguro o \$35 de copago, o la cantidad de subsidio aprobada por LIS por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Medicamentos de Nivel 3: 25% del costo total o el monto del subsidio aprobado por LIS Usted no paga más que el menor de 25% de coseguro o \$35 de copago, o la cantidad de subsidio aprobada por LIS por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Medicamentos de Nivel 4: 25% del costo total o el monto del subsidio aprobado por LIS	Medicamentos de Nivel 4: 25% del costo total o el monto del subsidio aprobado por LIS

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Medicamentos de Nivel 5: 25% del costo total o el monto del subsidio aprobado por LIS Usted no paga más que el menor de 25% de coseguro o \$35 de copago, o la cantidad de subsidio aprobada por LIS por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Medicamento de Nivel 5: 25% del costo total o el monto del subsidio aprobado por LIS Usted no paga más que el menor de 25% de coseguro o \$35 de copago, o la cantidad de subsidio aprobada por LIS por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Medicamentos de Nivel 6: \$0 de copago	Medicamentos de Nivel 6: \$0 de copago
	Etapas 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.	Etapas 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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, salvo que la pague Medicaid).	\$0	\$0 No hay cambios para el siguiente año de beneficios.

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.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo El copago que paga el beneficiario, Medicaid y otros seguros secundarios contribuye a este máximo de gastos de bolsillo. Como nuestros miembros reciben la mayor parte del copago a través de Medicaid, muy pocos miembros llegan a alcanzar este máximo 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.	\$500	\$500 No hay cambios para el próximo año de beneficios. Cuando haya pagado \$500 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 2027 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.

No hay cambios a nuestra red de farmacias para el próximo año.

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

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

	2026 (this year)	2027 (next year)
Servicios dentales	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare. \$0 de copago por servicios dentales preventivos cubiertos bajo el beneficio dental suplementario. \$0 de copago por servicios dentales rutinarios y completos cubiertos bajo nuestro beneficio suplementario. \$0 de copago por servicios integrales cubiertos, que incluyen: • 3 empastes por año • 1 corona por año • 1 tratamientos de conducto dental por año • 1 desbridamiento de toda la boca cada dos años • 4 limpiezas y raspados periodontales (limpieza profunda), limitado a 1 procedimiento por cuadrante al año • 2 procedimientos de mantenimiento periodontal después de cirugía activa por año • 1 extracción simple por año • 1 extracción quirúrgica por año • 1 dentadura por arco cada 5 años	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare. \$0 de copago por servicios dentales preventivos cubiertos bajo el beneficio dental suplementario. Los servicios dentales preventivos cubiertos no cuentan hacia su máximo anual de beneficio dental. \$0 de copago por los servicios dentales integrales cubiertos bajo el beneficio dental suplementario, hasta el Máximo Anual de Beneficio Dental de \$2,500, que incluyen: • Empastes • Coronas • Tratamientos de conducto dental • Desbridamiento de toda la boca • Procedimientos de raspado y alisado radicular periodontal (limpieza profunda) • Mantenimiento periodontal • Extracción simple • Extracción quirúrgica • Las dentaduras incluyen 1 por arco • Anestesia necesaria con servicios cubiertos

	2026 (this year)	2027 (next year)
	• Anestesia necesaria junto con el servicio cubierto. • 60 minutos de anestesia general o sedación IV por fecha de servicio Servicios dentales no rutinarios y médicamente necesarios; según lo cubierto por Medicare Original Los servicios dentales deben recibirse de un proveedor dental de FCL Dental dentro de la red.	• 60 minutos de anestesia general o sedación intravenosa por fecha de servicio Debe de presentar su Tarjeta de Beneficios de Ultimate al momento de su servicio dental. Los servicios dentales integrales cubiertos cuentan para su máximo anual de beneficios dentales. Una vez alcanzado el Límite Máximo Anual de Beneficios de \$2,500, usted será responsable del 100% del costo de servicios dentales integrales adicionales durante el resto del año de beneficios. Los servicios dentales deben recibirse de un proveedor dental dentro de la red de NationsBenefits. Consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) 2027 para conocer los servicios dentales preventivos e integrales cubiertos y las limitaciones de su plan.

	2026 (this year)	2027 (next year)
Monitores diabéticos	<u>Dentro de la red</u> 0% a 20% de coseguro para monitores diabéticos cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago para monitores diabéticos cubiertos por Medicare.
Asignación FLEXIBLE (dental, vista, audición)	Recibirá una asignación anual de \$700 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.	Recibirá \$500 cada año en su Tarjeta de Beneficios Ultimate para ayudar a cubrir los gastos de audición, dental y visión de su bolsillo en las oficinas de proveedores elegibles que acepten Mastercard®.
Alimentos saludables y servicios públicos Estos beneficios forman parte de un programa suplementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros reúnen los requisitos.	Este plan ofrece una asignación mensual combinada de gastos de \$225 cargada en su Tarjeta de Beneficios Ultimate.	Recibirá una asignación mensual de \$200 para alimentos saludables y servicios públicos que se podrá utilizar en minoristas y proveedores de servicios dentro de la red.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<u>Dentro de la red</u> El plan <u>no</u> utiliza la terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B de Medicare.	<u>Dentro de la red</u> El plan utiliza la terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B de Medicare.
Artículos de venta libre (OTC)	Cantidad máxima de cobertura del plan: \$205 cada mes para artículos OTC	Recibirá una asignación mensual de \$185 para artículos OTC elegibles, que podrá utilizarse en minoristas de la red.

	2026 (this year)	2027 (next year)
Atención para la vista	<u>Dentro de la red</u> Asignación anual de \$500 para lentes \$0 de copago para las siguientes mejoras una vez al año: • Lentes progresivos estándar O • Lentes fotocromáticos O • Protección ultravioleta O • Recubrimiento resistente a rayones Los servicios de cuidado de la vista deben recibirse de un proveedor dentro de la red Premier Eye Care.	<u>Dentro de la red</u> Usted recibirá una asignación anual de \$300 para lentes recetados, incluyendo lentes de contacto o gafas (incluyendo lentes y montura). Cualquier asignación anual de lentes no utilizada podrá aplicarse a mejoras en los lentes. Usted es responsable de cualquier costo que exceda la asignación anual. O Gafas: Hasta (2) dos pares cada año de la selección de lentes cubierta en su totalidad por iCare (montura y lentes estándar) sin costo alguno, incluyendo mejoras de policarbonato con protección UV y recubrimiento antirrayaduras. Los servicios de cuidado de la vista deben recibirse de un proveedor dentro de la red de iCare Health Solutions.

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.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

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

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

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 \$2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura catastrófica***

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.

Costos de medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (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

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.

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 \$2,400 de bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Genéricos preferidos:	0% de copago	\$0 de copago
Genéricos:	0% de copago	\$0 de copago
De marca preferidos:	25% del costo total o del monto del subsidio aprobado por LIS	25% del costo total o del monto del subsidio aprobado por LIS
Medicamentos no preferidos:	25% del costo total o del monto del subsidio aprobado por LIS	25% del costo total o del monto del subsidio aprobado por LIS
Medicamentos de especialidad:	25% del costo total o del monto del subsidio aprobado por LIS	25% del costo total o del monto del subsidio aprobado por LIS
Medicamentos complementarios:	\$0 de copago	\$0 de copago

Cambiamos el nivel de algunas de las medicinas en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si tus medicinas estarán en un nivel diferente, búscalas en la Lista de Medicamentos

SECCIÓN 2 **Cómo cambiar de plan**

Para continuar en Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-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 Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP).

Si quiere cambiar de plan en 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan médico de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-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 Plus by Ultimate (Full) (HMO D-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 2027* (*Medicare y Usted 2027*), 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 diferente cobertura, primas mensuales del plan y cantidades de costo compartido.

Sección 2.1 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 2027 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 2027.

Sección 2.2 ¿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.

Como tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare original *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.

- Medicare original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática).
- Si es elegible, un Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado que le proporciona Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, o todos ellos.

Si se mudó hace poco a una institución o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención 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 mude.

SECCIÓN 3 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 del nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 844-368-8729 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-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 2027***

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2027* de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-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 Medicaid 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 2027 (Medicare y Usted 2027)***

El manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)* 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.

Obtenga ayuda de Medicaid

Para recibir ayuda con la inscripción en Medicaid o si tiene preguntas sobre los beneficios, llame a la Agencia para la Administración de la Atención Médica (Agency for Health Care Administration, AHCA) de Florida al 888-419-3456 (los usuarios de TTY deben llamar al 800-955-8771).