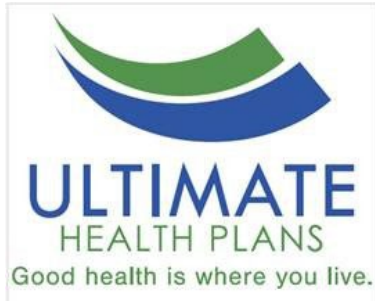




Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP) ofrecido por Ultimate Health Plans

Aviso anual de cambios para 2027

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 2026, 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 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. Durante el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 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 la Florida para ofrecer 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 2026, quedará inscrito automáticamente en Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP)** . A partir del 1 de enero de 2027, recibirá la cobertura médica y para medicamentos a través de Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP) . Consulte la Sección 2 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	8
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.....	9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D	16
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta	16
SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan.....	18
Sección 2.1 Plazos para el cambio de plan.....	19
Sección 2.2 ¿Hay otros períodos en el año para hacer cambios?	19
SECCIÓN 3 Recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta.....	20
SECCIÓN 4 ¿Tiene preguntas?.....	21
Obtenga ayuda de Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP)	21
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	22
Obtenga ayuda de Medicare	22

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 detalles).	\$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	\$3 de copago por visita	\$5 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.	\$165 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90	\$170 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90

	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 de copago Usted no pagará más que el menor entre el 25% de coseguro o un copago de \$25 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Medicamentos de Nivel 3: \$25 de copago Usted no pagará más que el menor entre el 25% de coseguro o un copago de \$25 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Medicamentos de Nivel 4: 35% del costo total	Medicamentos de Nivel 4: 35% del costo total

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total Usted no pagará más que el menor entre el 25% de coseguro o un copago de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total Usted no pagará más que el menor entre el 25% de coseguro o un copago de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Medicamentos de Nivel 6: \$10 de copago Usted no pagará más que el menor entre el 25% de coseguro o un copago de \$10 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Medicamentos de Nivel 6: \$10 de copago Usted no pagará más que el menor entre el 25% de coseguro o un copago de \$10 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	<u>Etapas de cobertura catastrófica:</u> 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.	<u>Etapas de cobertura catastrófica:</u> 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.)	\$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.	\$185.00	\$202.90

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.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Máximo de gastos de bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal.	\$3,400	\$3,400 No hay cambios para el siguiente año de beneficios. 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 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. Puede tener un período de inscripción especial si su proveedor abandona la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 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

	2026 (this year)	2027 (next year)
Acupuntura	<u>Dentro de la red</u> \$3 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> \$5 de copago por cada visita cubierta por Medicare.
Servicios quiroprácticos	<u>Dentro de la red</u> \$3 de copago para cada visita a los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> \$5 de copago para cada visita a los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.
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.	<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.

	2026 (this year)	2027 (next year)
	\$0 de copago por servicios integrales cubiertos, que incluyen: • 3 empastes por año • 1 corona por año • 1 tratamientos de conducto dental por año • 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 • Servicios dentales no rutinarios y médicamente necesarios; según lo cubierto por Medicare Original • Anestesia necesaria junto con el servicio cubierto. • 60 minutos de anestesia general o sedación IV por fecha de servicio Los servicios dentales deben recibirse de un proveedor dental de FCL Dental dentro de la red.	\$0 de copago por los servicios dentales integrales cubiertos bajo el beneficio dental suplementario, hasta el Máximo Anual de Beneficio Dental de \$2,500. Los servicios integrales cubiertos hasta el Máximo Anual de Beneficio Dental de \$2,500 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 • Anestesia necesaria con servicios cubiertos • 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

	2026 (this year)	2027 (next year)
		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.
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.
Atención de emergencia	<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.	<u>Dentro y fuera de la red</u> \$150 de copago por cada visita en la que reciba servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare.
Asignación FLEXIBLE (dental, vista, audición)	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.	Recibirá \$500 cada año en su tarjeta de beneficios de Ultimate para ayudar a cubrir los gastos de audición, dental y visión de su bolsillo en las oficinas de proveedores elegibles que acepten Mastercard®.

	2026 (this year)	2027 (next year)
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 \$100 cargada en su Tarjeta de Beneficios Ultimate.	Recibirá una asignación mensual de \$125 para alimentos saludables y servicios públicos que se podrá utilizar en minoristas y proveedores de servicios dentro de la red.
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados	<u>Dentro de la red</u> Para estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, \$165 de copago por día para los días 1 a 5. \$0 de copago por día para los días 6 a 90.	<u>Dentro de la red</u> Para estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, \$170 de copago por día para los días 1 a 5. \$0 de copago por día para los días 6 a 90.
Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico	<u>Dentro de la red</u> Para estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, \$165 de copago por día para los días 1 a 5. \$0 de copago por día para los días 6 a 90.	<u>Dentro de la red</u> Para estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, \$170 de copago por día para los días 1 a 5. \$0 de copago por día para los días 6 a 90.
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.

	2026 (this year)	2027 (next year)
Atención ambulatoria de salud mental	<u>Dentro de la red</u> \$3 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de salud mental (no psiquiatra). \$3 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de salud mental (no 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.	<u>Dentro de la red</u> \$5 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de salud mental (no psiquiatra). \$5 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de salud mental (no psiquiatra). \$5 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. \$5 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> \$3 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. \$3 de copago por cada visita de fisioterapia o de terapia del habla cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> \$5 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. \$5 de copago por cada visita de fisioterapia o de terapia del habla cubierta por Medicare.
Artículos de venta libre (OTC)	Cantidad máxima de cobertura del plan: \$105 cada mes para artículos OTC	Recibirá una asignación mensual de \$65 para artículos OTC elegibles, que podrá utilizarse en minoristas de la red.

	2026 (this year)	2027 (next year)
Servicios del programa de hospitalización parcial e intensivos para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare \$0 de copago para servicios intensivos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare	<u>Dentro de la red</u> \$55 de copago para servicios de hospitalización parcial cubierta por Medicare \$55 de copago para servicios intensivos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico Visitas al médico	<u>Dentro de la red</u> \$3 de copago por cada visita de especialista cubierto por Medicare. \$3 de copago por cada visita cubierta por Medicare con otros profesionales de la salud (como enfermeros practicantes y asistentes médicos).	<u>Dentro de la red</u> \$5 de copago por cada visita de especialista cubierto por Medicare. \$5 de copago por cada visita cubierta por Medicare con otros profesionales de la salud (como enfermeros practicantes y asistentes médicos).
Servicios de podología (Cuidado de los pies)	<u>Dentro de la red</u> \$3 de copago por cada visita de servicios de podología cubierta por Medicare	<u>Dentro de la red</u> \$5 de copago por cada visita de servicios de podología cubierta por Medicare
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<u>Dentro de la red</u> Para servicios de SNF cubiertos por Medicare: \$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$150 de copago por día para los días 21 a 38 \$0 de copago por día para los días 39 a 100	<u>Dentro de la red</u> Para servicios de SNF cubiertos por Medicare: \$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$221 de copago por día para los días 21 a 100

	2026 (this year)	2027 (next year)
Atención para la vista	<u>Dentro de la red</u> Asignación anual de \$400 para lentes \$50 de copago para lentes progresivos estándar O \$40 de copago por un par de gafas de sol recetadas O \$30 de copago por lentes fotocromáticos 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. Se proporciona una copia de nuestra Lista de Medicamentos electrónicamente y está publicada en línea en www.ChooseUltimate.com/Home/PrescriptionDrugs.

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.

- ***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. Tampoco paga nada por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado. 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.

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 \$2,400 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 de copago	\$25 de copago
Medicamentos no preferidos:	35% del costo total	35% del costo total
Medicamentos de especialidad:	33% del costo total	33% del costo total
Medicamentos de Cuidado Selecto:	\$10 de copago	\$10 copago

SECCIÓN 2 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 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan médico de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de Advantage Care by Ultimate (HMO C-SNP) . Recuerde, no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que, para muchos planes, no puede unirse a un plan de salud de Medicare y, al mismo tiempo, adquirir un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiarse a Medicare original con una cobertura para medicamentos de Medicare,** inscríbese 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 3).
- **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 4) 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 cobertura diferente, primas mensuales del plan y cantidades de costo compartido diferentes.

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.

Si se mudó hace poco a 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 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. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027. **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. 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 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 2027***

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para detalles, consulte la *Evidencia de cobertura para 2027* 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 cubiertos).

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 la Florida, el SHIP se llama Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) que traduce a Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores.

Llame a 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 Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 800-963-5337. Para obtener más información sobre Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE), visite el sitio web 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.