



Planes MAPD

Citrus | Hernando | Indian River | Pasco | St. Lucie

001 Premier de Ultimate (HMO)

Lake | Marion | Sumter

028 Premier de Ultimate (HMO)

Hillsborough | Pinellas | Polk

045 Premier de Ultimate (HMO)

Orange | Osceola | Seminole

046 Premier de Ultimate (HMO)

Manatee | Sarasota

047 Premier de Ultimate (HMO)

2027

Resumen de Beneficios

Sobre Ultimate Health Plans

Ultimate Health Plans es un plan local de Medicare Advantage con sede en Spring Hill, Florida. Estamos orgullosos de prestar servicios en los condados de Citrus, Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota, Seminole, St. Lucie, y Sumter.

Nuestra misión es dar a todos los miembros atención médica de la más alta calidad con acceso a médicos altamente calificados. Nos responsabilizamos de tratar a nuestros miembros con dignidad y respeto, brindar un servicio al cliente de clase mundial y reconocer nuestro compromiso con la comunidad como una corporación local.

Sobre este folleto

En este folleto, encontrará un resumen de los costos y beneficios cubiertos por nuestro plan Premier by Ultimate (HMO). No incluye todos los servicios que cubre el plan ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, por favor consulte la *Evidencia de cobertura* (*Evidence of Coverage, EOC*) del plan en nuestro sitio web, en www.ChooseUltimate.com, o llámenos al 1-855-858-7526 (TTY 711) y le enviaremos una copia por correo. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingos, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Tipos de planes de Ultimate

Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare: un plan de Medicare Advantage que da toda la cobertura médica de la Parte A y la Parte B de Medicare original. Por lo general, solo puede recibir atención de médicos u hospitales en la red del plan (excepto en casos de emergencia).

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en nuestro plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, y vivir en el área de servicio del plan.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en casos de emergencia, debe usar proveedores y farmacias dentro de la red. Si usa proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios. Puede ver el Directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com, o llámenos al 1-855-858-7526 (TTY 711) y le enviaremos una copia por correo.

¿Este plan cubre mis medicamentos con receta?

Para averiguar qué medicamentos cubrimos y cualquier restricción, consulte la lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan (también llamado el Formulario) en nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com, o llámenos al 1-855-858-7526 (TTY 711) y le enviaremos una copia por correo.

¿Cómo puedo obtener más información sobre Medicare original?

Si quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual actual “Medicare & You” (Medicare y Usted). Véalo en línea, en <http://www.medicare.gov>, o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Ultimate Health Plans es un HMO que tiene un contrato con Medicare y con el programa de Medicaid del estado de Florida para los planes de necesidades especiales con doble elegibilidad. La inscripción en Ultimate Health Plans dependerá de la renovación del contrato.

Nombre del plan	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
Área de servicio	Citrus, Hernando, Indian River, Pasco, St. Lucie	Lake, Marion, Sumter	Hillsborough, Pinellas, Polk

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
Prima mensual del plan	\$0	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B	\$202.90	\$202.90	\$202.90
Deducible	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
Cantidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$1,900	\$3,200	\$1,900
Cobertura de hospital para pacientes internados	\$95 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 91	\$170 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90	\$90 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90
Cobertura de hospital para pacientes ambulatorios	\$75 de copago	\$150 de copago	\$150 de copago
Servicios del Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	\$25 de copago	\$25 de copago	\$25 de copago
Visitas al médico (proveedores de atención primaria y especialistas)	Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$10 de copago	Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$10 de copago	Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$10 de copago
Atención de prevención	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Nombre del plan	Premier by Ultimate (HMO) 046	Premier by Ultimate (HMO) 047
Área de servicio	Orange, Osceola, Seminole	Manatee, Sarasota

Sus beneficios y costos compartidos

Premier by Ultimate (HMO) 046	Premier by Ultimate (HMO) 047	Lo que necesita saber
\$0	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
\$202.90	\$202.90	
Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	
\$2,900	\$3,200	Esta cantidad es lo máximo que pagará por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos dentro de la red durante el año. No incluye costos de medicamentos con receta, gastos médicos incurridos durante viajes al extranjero ni costos de beneficios complementarios.
\$175 de copago por día para los días 1 a 5	\$175 de copago por día para los días 1 a 5	Excepto que sea una emergencia, su médico debe comunicar al plan que a usted lo van a hospitalizar. Se requiere una autorización.
\$0 de copago por día para los días 6 a 90	\$0 de copago por día para los días 6 a 90	
\$195 de copago	\$150 de copago	Se requiere una autorización previa para algunos servicios.
\$50 de copago	\$25 de copago	Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.
Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$10 de copago	Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$10 de copago	Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios. Se podría aplicar un copago aparte por cada servicio adicional recibido en una visita en el consultorio.
\$0 de copago	\$0 de copago	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato será cubierto. Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
Atención de emergencia	En los EE. UU. • \$150 de copago En todo el mundo • \$100 de copago	En los EE. UU. • \$150 de copago En todo el mundo • \$100 de copago	En los EE. UU. • \$150 de copago En todo el mundo • \$100 de copago
Servicios necesarios con urgencia	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y diagnóstico por imágenes en un centro independiente o en un consultorio • Servicios de laboratorio • Radiografías ambulatorias • Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Servicios radiológicos de diagnóstico	Servicios de laboratorio • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$0 de copago para todos los demás análisis de laboratorio Radiografías ambulatorias • \$0 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico • \$0 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos diagnósticos “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$75 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico • \$25 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$50 de copago por pruebas de estrés, conducción nerviosa, CT, MRI • \$100 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear	Servicios de laboratorio • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$0 de copago para todos los demás análisis de laboratorio Radiografías ambulatorias • \$0 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico • \$25 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos diagnósticos “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$150 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico • \$25 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$50 de copago por pruebas de estrés, conducción nerviosa, CT, MRI • \$150 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear	Servicios de laboratorio • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$0 de copago para todos los demás análisis de laboratorio Radiografías ambulatorias • \$0 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico • \$25 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos diagnósticos “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$75 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico • \$25 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$50 de copago por pruebas de estrés, conducción nerviosa, CT, MRI • \$100 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear

Sus beneficios y costos compartidos

Premier by Ultimate (HMO) 046	Premier by Ultimate (HMO) 047	Lo que necesita saber
En los EE. UU. • \$150 de copago En todo el mundo • \$100 de copago	En los EE. UU. • \$150 de copago En todo el mundo • \$100 de copago	Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia en los EE. UU. y sus territorios. Pagamos hasta \$50,000 por servicios de emergencia cubiertos recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios. Si lo hospitalizan fuera de los EE. UU. y sus territorios, tendrá que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.
\$10 de copago	\$10 de copago	Si lo hospitalizan en un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de los servicios necesarios con urgencia.
Servicios de laboratorio • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$0 de copago para todos los demás análisis de laboratorio Radiografías ambulatorias • \$0 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico • \$0 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos diagnósticos “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro por estudio del sueño Servicios radiológicos de diagnóstico • \$25 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$25 de copago por pruebas de estrés, conducción nerviosa, CT, MRI • \$25 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear	Servicios de laboratorio • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$0 de copago para todos los demás análisis de laboratorio Radiografías ambulatorias • \$0 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico • \$0 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos diagnósticos “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro por estudio del sueño Servicios radiológicos de diagnóstico • \$0 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$0 de copago por pruebas de estrés, conducción nerviosa, CT, MRI • \$0 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear	Se requiere una autorización previa para algunos servicios. Algunas pruebas pueden requerir el uso de medicamentos inyectables o agentes de imagen. Por favor, consulte la sección “Medicamentos de la Parte B de Medicare” para conocer la parte aplicable de los costos, que se cobra por separado y además del copago de las pruebas.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y diagnóstico por imágenes en un hospital para pacientes ambulatorios - Servicios de laboratorio - Radiografías ambulatorias - Procedimientos y pruebas de diagnóstico - Servicios radiológicos de diagnóstico	Servicios de laboratorio 20% de coseguro por pruebas genéticas \$75 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías ambulatorias \$75 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico \$75 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos diagnósticos “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea \$75 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico \$75 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía \$75 de copago por pruebas de estrés, conducción nerviosa, CT, MRI \$100 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear	Servicios de laboratorio 20% de coseguro por pruebas genéticas \$150 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías ambulatorias \$150 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico \$150 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos diagnósticos “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea \$150 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico \$150 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía \$150 de copago por pruebas de estrés, conducción nerviosa, CT, MRI \$150 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear	Servicios de laboratorio 20% de coseguro por pruebas genéticas \$150 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías ambulatorias \$150 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico \$150 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos diagnósticos “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea \$150 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico \$150 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía \$150 de copago por pruebas de estrés, conducción nerviosa, CT, MRI \$150 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear
Servicios para la audición	\$0 de copago por - Examen de audición de rutina (1 cada año) - Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año) Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.	\$0 de copago por - Examen de audición de rutina (1 cada año) - Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año) Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.	\$0 de copago por - Examen de audición de rutina (1 cada año) - Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año) Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.

Sus beneficios y costos compartidos

Premier by Ultimate (HMO) 046	Premier by Ultimate (HMO) 047	Lo que necesita saber
Servicios de laboratorio • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$195 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías ambulatorias • \$195 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico • \$195 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro por estudio del sueño Servicios radiológicos de diagnóstico • \$195 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$195 de copago por pruebas de estrés, conducción nerviosa, CT, MRI • \$195 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear	Servicios de laboratorio • 20% de coseguro por pruebas genéticas • \$150 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio Radiografías ambulatorias • \$150 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico • \$150 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro por estudio del sueño Servicios radiológicos de diagnóstico • \$150 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$150 de copago por pruebas de estrés, conducción nerviosa, CT, MRI • \$150 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear	Se requiere una autorización previa para algunos servicios. Todos los servicios prestados en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago de hospital para pacientes ambulatorios. Algunas pruebas pueden requerir el uso de medicamentos inyectables o fármacos para diagnóstico por imágenes. Consulte la sección “Medicamentos de la Parte B de Medicare” para conocer el costo compartido aplicable que se cobra por separado y además del copago de la prueba.
\$0 de copago por • Examen de audición de rutina (1 cada año) • Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año) Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.	\$0 de copago por • Examen de audición de rutina (1 cada año) • Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada año) Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.	Los servicios deben ser prestados por un proveedor participante en la red de proveedores de audición del Plan. A los miembros se les ofrecerá una selección de audífonos para elegir. • Garantía de devolución de dinero en 60 días • Garantía del fabricante de 3 años • 60 baterías por año, por unidad (suministro para 3 años)

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Servicios dentales integrales - Servicios dentales no rutinarios médicamente necesarios, según cubierto por Medicare original Los servicios preventivos no afectan el Límite Máximo Anual de Beneficio Dental. \$2,500 Límite Máximo Anual de Beneficio Dental para Servicios Integrales. Una vez que alcance los \$2,500, usted será responsable del 100 % del costo de los servicios dentales integrales adicionales durante el resto del año de beneficios.	\$0 de copago para los siguientes servicios preventivos: 1 evaluación bucal cada 6 meses 1 examen oral integral cada 3 años 1 limpieza cada 6 meses 1 tratamiento con flúor cada 6 meses 2 radiografías dentales al año \$0 de copago por servicios dentales integrales, cubiertos dentro de la red, hasta alcanzar el máximo anual del beneficio dental de \$2,500 cada año: - Empastes - Coronas - Procedimientos periodontales de raspado y alisado radicular (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	\$0 de copago para los siguientes servicios preventivos: 1 evaluación bucal cada 6 meses 1 examen oral integral cada 3 años 1 limpieza cada 6 meses 1 tratamiento con flúor cada 6 meses 2 radiografías dentales al año \$0 de copago por servicios dentales integrales, cubiertos dentro de la red, hasta alcanzar el máximo anual del beneficio dental de \$2,500 cada año: - Empastes - Coronas - Procedimientos periodontales de raspado y alisado radicular (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	\$0 de copago para los siguientes servicios preventivos: 1 evaluación bucal cada 6 meses 1 examen oral integral cada 3 años 1 limpieza cada 6 meses 1 tratamiento con flúor cada 6 meses 2 radiografías dentales al año \$0 de copago por servicios dentales integrales, cubiertos dentro de la red, hasta alcanzar el máximo anual del beneficio dental de \$2,500 cada año: - Empastes - Coronas - Procedimientos periodontales de raspado y alisado radicular (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

Sus beneficios y costos compartidos

Premier by Ultimate (HMO) 046	Premier by Ultimate (HMO) 047	Lo que necesita saber
\$0 de copago para los siguientes servicios preventivos: • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 examen oral integral cada 3 años • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales al año \$0 de copago por servicios dentales integrales, cubiertos dentro de la red, hasta alcanzar el máximo anual del beneficio dental de \$2,500 cada año: • Empastes • Coronas • Procedimientos periodontales de raspado y alisado radicular (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	\$0 de copago para los siguientes servicios preventivos: • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 examen oral integral cada 3 años • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales al año \$0 de copago por servicios dentales integrales, cubiertos dentro de la red, hasta alcanzar el máximo anual del beneficio dental de \$2,500 cada año: • Empastes • Coronas • Procedimientos periodontales de raspado y alisado radicular (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	Las radiografías pueden incluir: • Primera imagen radiográfica intraoral, periapical • Imagen radiográfica intraoral, periapical, cada imagen adicional • Una imagen radiográfica de aleta de mordida, o dos, tres o cuatro imágenes radiográficas de aleta de mordida • Serie completa de imágenes radiográficas intraorales 1 cada 3 años • Imágenes radiográficas panorámicas cubiertas 1 cada 3 años Los empastes pueden incluir: • Amalgama, una o más superficies, primaria o permanente • Compuesto a base de resina, de una a tres superficies, anterior; cuatro o más superficies, con ángulo incisal • Compuesto a base de resina, una o más superficies, posterior Las extracciones simples pueden incluir: • Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta • Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso y/o sección del diente Las extracciones quirúrgicas pueden incluir: • Extracción de un diente impactado • Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte) Los servicios dentales deben ser recibidos de un proveedor participante dentro de nuestra red dental. Los servicios integrales requieren autorización previa.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
Servicios para la vista • Exámenes de la vista • Anteojos y lentes y contactos	Nuestro plan cubre: \$0 de copago por • Cada examen de ojos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo • Examen de la vista de rutina • Evaluación anual de glaucoma • Un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. Con este plan, cada año, usted recibe: • \$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 anti-rayaduras.	Nuestro plan cubre: \$0 de copago por • Cada examen de ojos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo • Examen de la vista de rutina • Evaluación anual de glaucoma • Un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. Con este plan, cada año, usted recibe: • \$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 anti-rayaduras.	Nuestro plan cubre: \$0 de copago por • Cada examen de ojos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo • Examen de la vista de rutina • Evaluación anual de glaucoma • Un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. Con este plan, cada año, usted recibe: • \$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 anti-rayaduras.

Sus beneficios y costos compartidos

Premier by Ultimate (HMO) 046	Premier by Ultimate (HMO) 047	Lo que necesita saber
Nuestro plan cubre: \$0 de copago por • Cada examen de ojos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo • Examen de la vista de rutina • Evaluación anual de glaucoma • Un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. Con este plan, cada año, usted recibe: • \$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 anti-rayaduras.	Nuestro plan cubre: \$0 de copago por • Cada examen de ojos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo • Examen de la vista de rutina • Evaluación anual de glaucoma • Un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. Con este plan, cada año, usted recibe: • \$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 anti-rayaduras.	Los anteojos cubiertos en su totalidad incluyen monturas y lentes estándar, incluyendo lentes de policarbonato con protección UV y mejoras de recubrimiento resistente anti-rayaduras. Limitaciones y restricciones: • Los servicios de adaptación de lentes de contacto no están cubiertos por este beneficio. Los miembros son responsables de todos los costos asociados con la adaptación de lentes de contacto. • La asignación del beneficio se aplica al momento de la compra. Si la compra de gafas excede el monto anual de la asignación, el miembro será responsable de la diferencia. • Las lentes de policarbonato con protección UV y recubrimiento resistente a los arañazos solo están disponibles al seleccionar la opción de gafas completamente cubiertas. • Los montos que pague por servicios adicionales de gafas no se aplican al máximo desembolso personal. • Los servicios de visión deben recibirse de un proveedor participante dentro de nuestra red de visión. • Pueden aplicarse reglas de autorización previa.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
Servicios de salud mental • Estancias en el hospital como paciente internado • Visitas de terapia grupal para pacientes ambulatorios • Visitas de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$95 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 91 \$10 de copago por visitas de terapia grupal \$10 de copago por visitas de terapia individual	\$170 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90 \$10 de copago por visitas de terapia grupal \$10 de copago por visitas de terapia individual	\$90 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90 \$10 de copago por visitas de terapia grupal \$10 de copago por visitas de terapia individual
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	\$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$221 de copago por día para los días 21 a 100	\$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$221 de copago por día para los días 21 a 100	\$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$221 de copago por día para los días 21 a 100
Fisioterapia • Visita de fisioterapia • Servicios de patología del habla y del lenguaje • Visita de terapia ocupacional	\$10 de copago por visita • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$10 de copago por visita • Terapia ocupacional	\$10 de copago por visita • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$10 de copago por visita • Terapia ocupacional	\$10 de copago por visita • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$10 de copago por visita • Terapia ocupacional
Ambulancia	\$200 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro por el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare	\$200 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro por el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare	\$200 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro por el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare

Sus beneficios y costos compartidos

Premier by Ultimate (HMO) 046	Premier by Ultimate (HMO) 047	Lo que necesita saber
\$175 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90 \$10 de copago por visitas de terapia grupal \$10 de copago por visitas de terapia individual	\$175 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90 \$10 de copago por visitas de terapia grupal \$10 de copago por visitas de terapia individual	Excepto en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que va a ser admitido en el hospital. Se requiere autorización previa al ser admitido en el hospital. Su proveedor de atención primaria también puede requerir un referido para algunos servicios.
\$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$221 de copago por día para los días 21 a 100	\$0 de copago por día para los días 1 a 20 \$221 de copago por día para los días 21 a 100	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Los copagos para los beneficios de un Centro de Enfermería Especializada (SNF) se basan en períodos de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios. Un período de beneficios de Medicare comienza cuando usted es admitido como paciente interno en un hospital o centro de enfermería especializada. Termina después de que hayan pasado 60 días consecutivos sin recibir atención hospitalaria interna o atención de enfermería especializada. Se requiere un referido y autorización previa.
\$10 de copago por visita • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$10 de copago por visita • Terapia ocupacional	\$10 de copago por visita • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$10 de copago por visita • Terapia ocupacional	Los servicios prestados en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago de hospital para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera un referido o una autorización previa.
\$200 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro por el beneficio de ambulancia aérea cada ida, cubierto por Medicare	\$200 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare 20% de coseguro por el beneficio de ambulancia aérea cada ida, cubierto por Medicare	Excepto en casos de emergencia, este servicio puede requerir autorización previa.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
Transporte	\$0 de copago para 20 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan	\$0 de copago para 20 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan	\$0 de copago para 20 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Entre 0% y 20% de coseguro por - Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare - Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio - Otros medicamentos de la Parte B \$35 de copago por - Un suministro para un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare	Entre 0% y 20% de coseguro por - Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare - Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio - Otros medicamentos de la Parte B \$35 de copago por - Un suministro para un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare	Entre 0% y 20% de coseguro por - Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare - Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio - Otros medicamentos de la Parte B \$35 de copago por - Un suministro para un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare
Cuidado de los pies (servicios de podología) Exámenes y tratamientos de los pies, cubiertos por Medicare	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago

Sus beneficios y costos compartidos

Premier by Ultimate (HMO) 046	Premier by Ultimate (HMO) 047	Lo que necesita saber
\$0 de copago para 12 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan	\$0 de copago para 12 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan	Nuestro plan cubre el transporte relacionado con temas de salud/médicos a los siguientes lugares aprobados por el plan: • Citas con el proveedor de atención primaria (PCP)/especialista • Laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes • Farmacias • Gimnasios y centros de actividad física • Administración de veteranos (VA) • Bancos • Distribuidores de alimentos • Tienda de comestibles • Oficina de correo Por favor, llame al 855-306-0700 (TTY 711) con 72 horas de antelación para programar su viaje. Tenga a mano la siguiente información, si corresponde: • Fecha y hora de la cita o de llegada prevista • Dirección y número de teléfono del destino • Si va a visitar a un proveedor, el nombre del médico o facilidad
Entre 0% y 20% de coseguro por • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B \$35 de copago por • Un suministro para un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare	Entre 0% y 20% de coseguro por • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B \$35 de copago por • Un suministro para un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare	El copago del especialista correspondiente se aplica cuando se da durante una visita en el consultorio de un médico/especialista. Se requiere autorización previa.
\$10 de copago	\$10 de copago	Puede ser necesario un referido y autorización previa para algunos servicios.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Premier by Ultimate (HMO) 001	Premier by Ultimate (HMO) 028	Premier by Ultimate (HMO) 045
Programa de bienestar • Programa de actividad física SilverSneakers® • Educación de salud • Servicios adicionales para dejar de fumar y dejar de consumir tabaco	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Asignación flexible (dental, de vista y audición)	\$500 de asignación anual	\$500 de asignación anual	\$500 de asignación anual
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	\$75 cada mes	\$65 cada mes	\$75 cada mes
Beneficio de comida después del alta	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Equipos/suministros médicos • Equipo médico duradero (por ej., sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (por ej., aparatos ortopédicos, miembros artificiales) • Suministros para diabéticos	20% de coseguro por • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis \$0 de copago por • Suministros para el control de la diabetes \$0 de copago por • Entrenamiento para el autocuidado de la diabetes \$0 de copago • Zapatos para diabéticos	20% de coseguro por • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis \$0 de copago por • Suministros para el control de la diabetes \$0 de copago por • Entrenamiento para el autocuidado de la diabetes \$0 de copago • Zapatos para diabéticos	20% de coseguro por • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis \$0 de copago por • Suministros para el control de la diabetes \$0 de copago por • Entrenamiento para el autocuidado de la diabetes \$0 de copago • Zapatos para diabéticos

Sus beneficios y costos compartidos

Premier by Ultimate (HMO) 046	Premier by Ultimate (HMO) 047	Lo que necesita saber
\$0 de copago	\$0 de copago	Programa de Fitness SilverSneakers®: Acceda a más de 15,000 ubicaciones de fitness participantes, clases dirigidas por instructores, entrenamientos en casa y recursos de fitness en línea. Las clases y los servicios varían según la ubicación. Para obtener más información, llame al 888-423-4632 .
\$500 de asignación anual	\$500 de asignación anual	Su asignación se cargará en su Tarjeta de Beneficios Ultimate para pagar los costos dentales, de visión y auditivos de su bolsillo en establecimientos de proveedores elegibles que acepten Mastercard®. Los fondos no utilizados vencen al final del año calendario o al momento de la cancelación de la inscripción. La Tarjeta Prepagada de beneficios (Prepaid Card) Mastercard® es emitida por The Bancorp Bank N.A., miembro de la FDIC, conforme a la licencia de Mastercard International Incorporated, y la tarjeta puede usarse para gastos elegibles dondequiera que se acepte Mastercard. Válida solo en los EE. UU. Sin acceso a efectivo. Esto no es una tarjeta de regalo ni un certificado de regalo. Usted recibirá esta tarjeta como gratificación sin el pago de ningún valor monetario o contraprestación.
\$80 cada mes	\$50 cada mes	La asignación mensual se carga en la Tarjeta de Beneficios Ultimate para pagar artículos OTC. Los fondos no usados vencen al final de cada mes o al momento de la cancelación de la inscripción.
\$0 de copago	\$0 de copago	Inmediatamente después del alta de un paciente hospitalizado, recibirá un máximo de 14 comidas durante 1 semana. Este beneficio no tiene un máximo anual.
20% de coseguro por • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis \$0 de copago por • Suministros para el control de la diabetes \$0 de copago por • Entrenamiento para el autocuidado de la diabetes \$0 de copago • Zapatos para diabéticos	20% de coseguro por • Equipo médico duradero (DME) • Prótesis \$0 de copago por • Suministros para el control de la diabetes \$0 de copago por • Capacitación para el autocontrol de la diabetes \$0 de copago • Zapatos para diabéticos	Se requiere autorización previa. Contour® y Accu-Chek® son los suministros de monitoreo de diabetes preferidos disponibles a través de proveedores de farmacia minorista. Otros productos de monitoreo de diabetes están disponibles a través de proveedores de DME.

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos y cuánto debo pagar en cada etapa?

Etapá 1: Etapa del deducible anual. Esta etapa no se aplica en su caso porque nuestros planes no tienen deducible.

Etapá 2: Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (su copago o coseguro). Los costos compartidos pueden cambiar según los medicamentos, la farmacia que elija (es decir, red preferida o no preferida, fuera de la red, pedido por correo, tienda, atención de largo plazo, infusión en casa, etc.) o los días de suministro (p. ej., para 30 días, 90 días o 100 días). Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de bolsillo del año calendario lleguen a **\$2,400**. Luego, pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Etapá 3: Etapa de cobertura catastrófica. Durante la etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

¿Cómo determino el costo de mi medicamento con receta?

Cada medicamento de la lista de medicamentos del plan está en uno de los **5** niveles de costos compartidos con una cantidad de costos compartidos correspondiente según el plan:

- El **Nivel 1 de costos compartidos (genéricos preferidos)** incluye medicamentos genéricos. Este nivel también ofrece medicamentos al menor costo.
- El **Nivel 2 de costos compartidos (genéricos)** incluye medicamentos genéricos y de marca.
- El **Nivel 3 de costos compartidos (de marca preferidos)** incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- El **Nivel 4 de costos compartidos (medicamentos no preferidos)** incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- El **Nivel 5 de costos compartidos (medicamentos de especialidad)** incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo. Este es el nivel de mayor costo.

Deberá utilizar el formulario de nuestro plan para verificar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. Para averiguar qué medicamentos cubrimos, puede consultar nuestra lista completa de medicamentos y cualquier restricción o limitación en nuestro sitio web, www.ChooseUltimate.com, o llámenos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos. El Formulario puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando sea necesario.

Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte la *Evidencia de cobertura* del plan en línea.

¡Ahorre aún más con los PEDIDOS POR CORREO!

¡Puede ahorrar más usando el servicio de farmacia de pedidos por correo de Ultimate Health Plans! Recibirá un suministro de medicamentos para tres meses directamente en su puerta y pagará el mismo copago que pagaría normalmente por un suministro para dos meses en su farmacia local farmacia en ciertos niveles de medicamentos.

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

	Nivel de Costo Compartido	Costo Compartido de farmacia minorista (Suministro de 30 días)	Costo Compartido de farmacia minorista (suministro para 90 días; suministro para hasta 100 días para algunos medicamentos de los Niveles 1 y 2)	Costo Compartido de farmacia de pedidos por correo (suministro para 90 días; suministro para hasta 100 días para algunos medicamentos de los Niveles 1 y 2)
Plan	Premier by Ultimate (HMO) 001, 028, 045			
Etapas de cobertura inicial	Tier 1	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Tier 2	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Tier 3	\$30 de copago	\$90 de copago	\$60 de copago
	Tier 4	35% de coseguro	35% de coseguro	35% de coseguro
	Tier 5	33% de coseguro	No cubiertos	No cubiertos
Plan	Premier by Ultimate (HMO) 046			
Etapas de cobertura inicial	Tier 1	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Tier 2	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Tier 3	\$15 de copago	\$45 de copago	\$30 de copago
	Tier 4	35% de coseguro	35% de coseguro	35% de coseguro
	Tier 5	33% de coseguro	No cubiertos	No cubiertos
Plan	Premier by Ultimate (HMO) 047			
Etapas de cobertura inicial	Tier 1	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Tier 2	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Tier 3	\$25 de copago	\$75 de copago	\$50 de copago
	Tier 4	35% de coseguro	35% de coseguro	35% de coseguro
	Tier 5	33% de coseguro	No cubiertos	No cubiertos

Ayuda Extra:

Si califica para el programa de Ayuda Extra, su costo por los medicamentos recetados cubiertos se determina por su nivel de Subsidio para Bajos Ingresos (LIS) de Ayuda Extra y si el medicamento es genérico o de marca. Por favor, consulte su Suplemento LIS para conocer los montos específicos de su copago.

Vacuna:

\$0 de copago para vacunas cubiertas para adultos bajo la Parte D recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).

Insulina:

No pagará más del 25% del costo total del reclamo, hasta un máximo de **\$35**, por un suministro de un mes de cualquier insulina cubierta.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-855-858-7526 (TTY 711).

Entienda los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (EOC) incluye una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.ChooseUltimate.com o llame al 1-855-858-7526 (TTY 711) para obtener una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que lo atienden ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Entienda las normas importantes

- ☐ Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general, se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están en el directorio de proveedores).
- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, póngase en contacto con Tricare. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza de Medigap porque estará pagando una cobertura que no podrá utilizar.

Aviso que informa a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad: La discriminación está en contra de la ley

Ultimate Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni la trata de manera distinta por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión.

Ultimate Health Plans:

- Da ayuda y presta servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratis de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para miembros de Ultimate Health Plans.

Si cree que Ultimate Health Plans no prestó estos servicios o lo discriminó de otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión, puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas (Grievance Department) de Ultimate Health Plans. Dirección: PO Box 6560, Spring Hill, FL 34611. Teléfono: 1-888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Fax: 1-800-313-2798. Correo electrónico: GrievanceAndAppeals@ulthp.com

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico; o mediante un formulario en línea, en: <https://request.uhp.health>. Si necesita ayuda para presentar una queja, un coordinador de quejas de Ultimate Health Plans está disponible para puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica en el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

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

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

Español

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

العربية

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

Français

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

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

Deutsch

Bekanntmachung über die Verfügbarkeit von Sprachassistenzen und Hilfsmitteln und -diensten

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

Kreyòl Ayisyen

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

हिंदी

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

Italiano

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

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

日本語

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

한국어

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

POLSKI

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

Português do Brasil

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

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

РУССКИЙ

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

中文

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

Tagalog

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

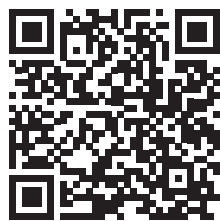
台語

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

Việt

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

ESCANEA AQUÍ



**para acceder a
nuestros directorios
de proveedores y
farmacias**

ESCANEA AQUÍ



**para acceder
a nuestros
formularios**



Para obtener más información, llame al

1-855-858-7526 (TTY 711)

1 de octubre - 31 de marzo:

Lunes - domingo, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.

1 de abril - 30 de septiembre:

Lunes - viernes, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.

Oficinas de Alcance Comunitario



303 SE 17th St, STE 305
Ocala, FL 34471



2713 Forest Rd
Spring Hill, FL 34606



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



Visite nuestro sitio web
www.ChooseUltimate.com

