



Plan dual para necesidades especiales

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

035 Advantage Plus de Ultimate (Completo) (HMO D-SNP)
036 Advantage Plus de Ultimate (Parcial) (HMO D-SNP)

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 nuestros planes Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) y Advantage Plus by Ultimate (Partial) (HMO D-SNP). No incluye todos los servicios que cubre el plan ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) del plan en nuestro sitio web, en www.ChooseUltimate.com, o llámenos al 1-855-858-7526 (TTY 711) y le enviaremos una copia por correo. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingos, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Tipos de planes de Ultimate

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

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

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en nuestro plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, recibir asistencia de la Agencia para la Administración de la Atención Médica (Agency for Health Care Administration, AHCA) de Medicaid de Florida y vivir en el área de servicio del plan.

Niveles de Medicaid

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

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

¿Este plan cubre mis medicamentos con receta?

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

¿Cómo puedo obtener más información sobre Medicare original?

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

Ultimate Health Plans es una HMO que tiene un contrato con Medicare y con el programa de Medicaid del estado de Florida para los planes de necesidades especiales con doble elegibilidad. La inscripción en Ultimate Health Plans dependerá de la renovación del contrato. Algunos de los beneficios mencionados forman parte de un programa suplementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros reúnen los requisitos.

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

Sus beneficios y costos compartidos

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

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

Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Plus by Ultimate (Partial) (HMO D-SNP) 036	Lo que necesita saber
\$0	Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid del estado de Florida u otro tercero paguen su prima de la Parte B.
Este plan no tiene deducible.	
\$500	Esta cantidad es lo máximo que pagará por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos dentro de la red durante el año. No incluye costos de medicamentos con receta, gastos médicos incurridos durante viajes al extranjero ni costos de beneficios complementarios.
\$0 de copago para los días 1 a 90	Excepto en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que va a ser ingresado en el hospital. Se requiere autorización previa.
\$0 de copago	Se requiere una autorización previa para algunos servicios.
\$0 de copago	Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.
Proveedores de atención primaria • \$0 de copago Especialistas • \$0 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	Todo servicio preventivo adicional que apruebe Medicare durante el año del contrato estará cubierto. Se requiere un referido o una autorización previa para algunos servicios.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) 035
Atención de emergencia	En los EE. UU. • \$0 de copago En todo el mundo • \$100 de copago
Servicios necesarios con urgencia	\$0 de copago
Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y diagnóstico por imágenes en un centro independiente o en un consultorio • Servicios de laboratorio • Radiografías ambulatorias • Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Servicios radiológicos de diagnóstico	Servicios de laboratorio y radiografías • \$25 de copago por pruebas genéticas • \$0 de copago para todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías Procedimientos y pruebas de diagnóstico • \$0 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos diagnósticos “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$0 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas 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
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 y radiografías • \$25 de copago por pruebas genéticas • \$0 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías Procedimientos y pruebas de diagnóstico • \$0 de copago por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos diagnósticos “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • \$0 de copago por estudio del sueño, pruebas psicológicas 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

Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Plus by Ultimate (Partial) (HMO D-SNP) 036	Lo que necesita saber
En los EE. UU. • \$0 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.
\$0 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 y radiografías • \$25 de copago por pruebas genéticas • \$0 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías Procedimientos y pruebas de diagnóstico • 0% de coseguro por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos diagnósticos “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro por estudio del sueño, pruebas psicológicas 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.
Servicios de laboratorio y radiografías • \$25 de copago por pruebas genéticas • \$0 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio y radiografías Procedimientos y pruebas de diagnóstico • 0% de coseguro por colonoscopia, endoscopia y otros procedimientos diagnósticos “scópicos”, pruebas de función pulmonar, pruebas de función tiroidea • 20% de coseguro por estudio del sueño, pruebas psicológicas Servicios radiológicos de diagnóstico • \$0 de copago por ultrasonidos y ecocardiografía • \$0 de copago por pruebas de esfuerzo, conducción nerviosa, CT, MRI • \$0 de copago por CTA, MRA, PET, SPECT, otras pruebas de medicina nuclear	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 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	Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) 035
Servicios para la audición	\$0 de copago por • Examen de audición de rutina (1 cada año) • Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada 2 años) Nuestro plan paga hasta \$2,000 (\$1,000 por audífono, por oído) cada año.
Servicios dentales • Servicios dentales preventivos • Servicios dentales integrales • Servicios dentales médicamente necesarios que no son de rutina, cubiertos 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 • Tratamientos de conducto • Desbridamiento bucal completo • Procedimientos periodontales de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) • Mantenimiento periodontal • Extracción simple • Extracción quirúrgica • Las dentaduras incluyen 1 por arco • Anestesia necesaria con servicios cubiertos • 60 minutos de anestesia general o sedación intravenosa por fecha de servicio

Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Plus by Ultimate (Partial) (HMO D-SNP) 036	Lo que necesita saber
\$0 de copago por • Examen de audición de rutina (1 cada año) • Adaptación y evaluación de audífonos (1 cada 2 años) 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)
\$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 • Tratamientos de conducto • Desbridamiento bucal completo • Procedimientos periodontales de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) • Mantenimiento periodontal • Extracción simple • Extracción quirúrgica • Las dentaduras incluyen 1 por arco • 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	Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) 035
Servicios para la vista • Exámenes de la vista • Anteojos y lentes y lentes de contacto	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.
Servicios de salud mental • Estancias en el hospital como paciente hospitalizado • Visitas de terapia grupal para pacientes ambulatorios • Visitas de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago para los días 1 a 90 \$0 de copago por visitas de terapia grupal \$0 de copago por visitas de terapia individual
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	\$0 de copago para los días 1 a 100
Fisioterapia • Visita de fisioterapia • Servicios de patología del habla y del lenguaje • Visita de terapia ocupacional	\$0 de copago por visita • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$0 de copago por visita • Terapia ocupacional

Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Plus by Ultimate (Partial) (HMO D-SNP) 036	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.	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.
\$0 de copago para los días 1 a 90 \$0 de copago por visitas de terapia grupal \$0 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 para los días 1 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.
\$0 de copago por visita • Fisioterapia • Patología del habla y del lenguaje \$0 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 para algunos servicios.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) 035
Ambulancia	\$0 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare \$0 de copago por el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare
Transporte	\$0 de copago por viajes ilimitados cada año a lugares relacionados con temas médicos aprobados por el plan
Medicamentos de la Parte B de Medicare	\$0 de copago por • Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare • Medicamentos de la Parte B y agentes de contraste inyectados durante un servicio • Otros medicamentos de la Parte B \$0 de copago por • Un suministro para un mes de insulina cubierta por la Parte B de Medicare
Cuidado de los pies (<i>servicios de podología</i>) Exámenes y tratamientos de los pies, cubiertos por Medicare	\$0 de copago
Programa de bienestar • Programa de actividad física SilverSneakers® • Educación médica • Servicios adicionales para dejar de fumar y consumir tabaco	\$0 de copago

Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Plus by Ultimate (Partial) (HMO D-SNP) 036	Lo que necesita saber
\$0 de copago por el beneficio de ambulancia terrestre de ida, cubierto por Medicare \$0 de copago por el beneficio de ambulancia aérea de ida, cubierto por Medicare	Excepto en casos de emergencia, este servicio puede requerir autorización previa.
\$0 de copago por viajes ilimitados cada año a lugares relacionados con temas médicos 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
\$0 de copago 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 \$0 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 un referido o autorización previa.
\$0 de copago	Puede ser necesario un referido y autorización previa para algunos servicios.
\$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.

Sus beneficios y costos compartidos

Primas y beneficios	Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) 035
Servicio de apoyo a domicilio	\$0 de copago por hasta 30 horas por año de servicios de apoyo de acompañantes y cuidadores
Asignación flexible (dental, de vista y audición)	\$500 de asignación anual
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	\$185 cada mes
Alimentos saludables y servicios públicos (con una condición calificada verificada)	\$200 cada mes
Beneficio de comida después del alta	\$0 de copago
Equipos/suministros médicos • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, miembros artificiales) • Suministros para diabéticos	\$0 de copago por • Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) • Prótesis \$0 de copago por • Suministros preferidos para el control de la diabetes \$0 de copago por • Entrenamiento para el autocuidado de la diabetes \$0 de copago por • Zapatos para diabéticos

Sus beneficios y costos compartidos

Advantage Plus by Ultimate (Partial) (HMO D-SNP) 036	Lo que necesita saber
\$0 de copago por hasta 30 horas por año de servicios de apoyo de acompañantes y cuidadores	Asistencia de Apoyo en el Hogar para servicios como: • Tareas del hogar: limpieza ligera, organización, lavandería • Orientación técnica: ayudar a aprender a usar los servicios de telesalud para conectarse con el médico, ayudar a instalar dispositivos Se debe usar el proveedor/vendedor contratado por el plan. Por favor llame al 855-329-4858 (TTY 711) para programar.
\$500 de asignación anual	Su asignación se cargará en su Tarjeta de Beneficios de Ultimate para cubrir los gastos de bolsillo de odontología, visión y audición en los lugares de atención elegibles que acepten Mastercard®. Los fondos no utilizados expiran al final del año calendario o al momento de la baja del plan. La asignación anual se carga a su Tarjeta Prepaga Benefits Mastercard® y se puede utilizar donde se acepte Mastercard® para cubrir servicios de audición, odontología y visión que excedan los beneficios permitidos por el plan. Se requiere un referido o autorización previa para algunos servicios.
\$185 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.
\$200 cada mes	Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI en inglés): La asignación mensual se carga a su Tarjeta de Beneficio Ultimate para pagar alimentos saludables elegibles y facturas de servicios públicos (electricidad, gas y agua). Los fondos no utilizados caducan al final de cada mes o al momento de la cancelación de la inscripción.
\$0 de copago	Inmediatamente después del alta de un paciente hospitalizado, recibirá un máximo de 14 comidas durante 1 semana. Este beneficio no tiene un máximo anual.
\$0 de copago por • Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) • Prótesis \$0 de copago por • Suministros preferidos para el control de la diabetes \$0 de copago por • Entrenamiento para el autocuidado de la diabetes \$0 de copago por • 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?

Etapas 1: Etapa del deducible anual. Si recibe Ayuda Extra, el deducible de la Parte D no se aplica a usted.

Etapas 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.

Etapas 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 **6** 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.
- El **Nivel 6 de costos compartidos (medicamentos de cuidado selecto)** incluye medicamentos genéricos y de marca **selectos** para tratar la diabetes.

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.

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.

	Nivel de costo compartido	Costo compartido de farmacia minorista (suministro para 30 días)	Costo compartido de farmacia minorista (suministro para 90 días; suministro para hasta 100 días para algunos medicamentos de los Niveles 1 y 2)	Costo compartido de farmacia de pedidos por correo (suministro para 90 días; suministro para hasta 100 días para algunos medicamentos de los Niveles 1 y 2)
Plan	Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) 035 Advantage Plus by Ultimate (Partial) (HMO D-SNP) 036			
Etapas de cobertura inicial	Nivel 1	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 2	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 3	25% de coseguro o monto de subsidio aprobado por LIS (Low-Income Subsidy) - Subsidio por bajos ingresos	25% de coseguro o monto de subsidio aprobado por LIS (Low-Income Subsidy) - Subsidio por bajos ingresos	25% de coseguro o monto de subsidio aprobado por LIS (Low-Income Subsidy) - Subsidio por bajos ingresos
	Nivel 4	25% de coseguro o monto de subsidio aprobado por LIS - Subsidio por bajos ingresos	25% de coseguro o monto de subsidio aprobado por LIS - Subsidio por bajos ingresos	25% de coseguro o monto de subsidio aprobado por LIS - Subsidio por bajos ingresos
	Nivel 5	25% de coseguro o monto de subsidio aprobado por LIS - Subsidio por bajos ingresos	No cubierto	No cubierto
	Nivel 6	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Ayuda Extra:

La mayoría de nuestros miembros califican y reciben Ayuda Extra de Medicare, que ayuda con los costos del plan de medicamentos recetados. Si califica para el programa de Ayuda Extra, su deducible será de **\$0**. La cantidad que paga por los medicamentos cubiertos se determina según su nivel de Subvención para Bajos Ingresos (LIS) de Ayuda Extra y si el medicamento es genérico o de marca. Por favor, consulte su Anexo LIS (**LIS Rider**) para conocer los montos específicos de su copago. La tabla anterior proporciona información sobre sus responsabilidades de compartir costos durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Vacuna:

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

Insulina:

Si recibe Ayuda Adicional, pagará entre \$0.00 y \$14.40 por un suministro de un mes de cualquier insulina cubierta. Si no califica para Ayuda Adicional, no pagará más de \$35.00 por un suministro de un mes de cualquier insulina cubierta.

Pedido por Correo:

Obtenga más comodidad y ahorro con el Servicio de Farmacia por Correo de Ultimate Health Plans. Disfrute de un suministro de tres meses de medicamentos entregados directamente en su hogar por el mismo copago que normalmente pagaría en su farmacia minorista local.

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

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

Servicio	Medicaid del estado de Florida	Advantage Plus by Ultimate (Full) / Advantage Plus by Ultimate (Partial)
Servicios para alergias	Está cubierto	Está cubierto
Servicios del Centro de cirugía ambulatoria	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de anestesia	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de atención de asistencia	Está cubierto	Está cubierto
Análisis de la conducta	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de evaluación de salud conductual	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de apoyo comunitario de salud conductual	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de intervención de salud conductual	Está cubierto	Está cubierto
Administración de Medicaid para la salud del comportamiento	Está cubierto	Está cubierto
Servicios complementarios de salud conductual	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de terapia de salud conductual	Está cubierto	Está cubierto
Servicios cardiovasculares	Está cubierto	Está cubierto
Servicios quiroprácticos	Está cubierto	Está cubierto
Servicios del Departamento de Salud del Condado (County Health Department, CHD)	Está cubierto	Está cubierto
Servicios dentales	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de diálisis	Está cubierto	Está cubierto
Equipo Médico Durable (DME) y Suministros Médicos: Especializados, Respiratorios, Sillas de Ruedas, Camas de Hospital, Ayudas de Movilidad, Continencia, Ostomía, Cuidado de Heridas, Nutrición Enteral y Parenteral	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de transporte de emergencia	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de evaluación y administración	Está cubierto	Está cubierto
Servicios en un centro médico calificado a nivel federal (Federally Qualified Health Center (FQHC) Services)	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de atención gastrointestinal	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de atención genitourinaria	Está cubierto	Está cubierto
Servicios para la audición	Está cubierto	Está cubierto
Servicios médicos a domicilio	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de hospital para pacientes hospitalizados	Está cubierto	Está cubierto
Servicios para el sistema tegumentario	Está cubierto	Está cubierto

Servicio	Medicaid del estado de Florida	Advantage Plus by Ultimate (Full) / Advantage Plus by Ultimate (Partial)
Servicios de laboratorio	Está cubierto	Está cubierto
Formularios de Medicaid	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de Cuidado Médico de Acogida	Está cubierto	Está cubierto
Administración de casos centrada en la salud mental	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de neurología	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de transporte que no son de emergencia	Está cubierto	Está cubierto
Servicios en un centro de enfermería	Está cubierto	Está cubierto
Terapia ocupacional	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial	Está cubierto	Está cubierto
Servicios ortopédicos	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios	Está cubierto	Está cubierto
Servicios para el manejo del dolor	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de cuidado personal	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de fisioterapia	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de podología	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de medicamentos con receta	Está cubierto	Está cubierto
Enfermería de asistencia particular	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de radiología y medicina nuclear	Está cubierto	Está cubierto
Servicios reproductivos	Está cubierto	Está cubierto
Servicios para el sistema respiratorio	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de terapia respiratoria	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de clínicas de salud rural	Está cubierto	Está cubierto
Servicios terapéuticos especializados	Está cubierto	Está cubierto
Patología del habla y del lenguaje	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de cuidado grupal terapéutico	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de trasplante	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de ayudas visuales	Está cubierto	Está cubierto
Servicios de atención para la vista	Está cubierto	Está cubierto

Lista de verificación previa a la inscripción

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

Entienda sus beneficios

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

Entienda las normas importantes

- ☐ Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general, se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están en el directorio de proveedores).
- ☐ Este es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho a Medicare y a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid.
- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, póngase en contacto con Tricare. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza de Medigap porque estará pagando una cobertura que no podrá utilizar.

Aviso que informa a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad: La discriminación es ilegal

Ultimate Health Plans cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil ni religión en sus programas y actividades, incluida la admisión o el acceso, el tratamiento o el empleo en sus programas y actividades.

Ultimate Health Plans:

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

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

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

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

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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

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

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

Español

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

العربية

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

Français

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

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

Deutsch

Bekanntmachung über die Verfügbarkeit von 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.

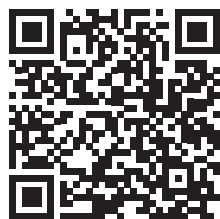
台語

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

