

Aviso anual de cambios para 2021

En la actualidad, está inscrito como afiliado de HealthSun MediMax (HMO). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. Este folleto describe los cambios.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1 y 2 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de los medicamentos pueden haber aumentado respecto del año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas disponibles para usted y que tengan un costo menor. Esto puede ayudarle a ahorrar en los costos anuales que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden variar los costos de sus medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos, incluyendo los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se lo inscribirá en HealthSun MediMax (HMO).

- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
4. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**
- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, permanecerá en HealthSun MediMax (HMO).
 - Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Será cancelado automáticamente de su plan actual.
-

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en Ingles. ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los afiliados al 1-877-336-2069. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500. Nuestro horario es de 8am a 8pm. Durante el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (cerramos el Día de Acción de Gracias y Navidad), estamos disponibles los siete días de la semana de 8am a 8pm. A partir el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos abiertos de lunes a viernes de 8am a 8pm (cerramos los días feriados federales).
- Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de HealthSun MediMax (HMO)

- HealthSun Health Plans es un Plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a HealthSun Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a HealthSun MediMax (HMO).

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para HealthSun MediMax (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la Evidencia de cobertura se encuentra en nuestro sitio web en www.HealthSun.com. También puede llamar a Servicios para Afiliados para pedirnos que le enviemos una Evidencia de Cobertura por correo.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$28.50	\$30.80
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$3,400	\$3,450
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Cuidado agudo como paciente internado: \$0 por estadía. Cuidado de salud mental como paciente interno: \$0 por estadía. Centro de enfermería especializada (SNF): \$0 días 1 al 100.	Cuidado agudo como paciente internado: \$0 por estadía. Cuidado de salud mental como paciente interno: \$0 por estadía. Centro de enfermería especializada (SNF): \$0 días 1 al 100.
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).	Deducible: \$435 Copago/Coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial. Farmacia estándar: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: 25% • Medicamentos de Nivel 2: 25% • Medicamentos de Nivel 3: 25% • Medicamentos de Nivel 4: 25% • Medicamentos de Nivel 5: 25% • Medicamentos de Nivel 6: \$0 	Deducible: \$445 Copago/Coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial. Farmacia estándar: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: 25% • Medicamentos de Nivel 2: 25% • Medicamentos de Nivel 3: 25% • Medicamentos de Nivel 4: 25% • Medicamentos de Nivel 5: 25% • Medicamentos de Nivel 6: \$0

Aviso anual de cambios para 2021
Índice

Resumen de costos importantes para 2021	3
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	5
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	5
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	9
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	11
Sección 2.1 Si desea seguir inscrito en HealthSun MediMax (HMO)	11
Sección 2.2 Si desea cambiar de plan	11
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan.....	11
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	12
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	12
SECCIÓN 6 Preguntas	13
Sección 6.1 Cómo recibir ayuda de HealthSun MediMax (HMO).....	13
Sección 6.2 Cómo recibir ayuda de Medicare	13

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$28.50	\$30.80

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 sobre "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,400	\$3,450 Una vez que haya pagado \$3,450 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.HealthSun.com, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los afiliados para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2021 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho, y trabajaremos con usted para garantizar su derecho, a que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido que le puede ofrecer un costo compartido menos que el costo compartido estándar ofrecido para algunos medicamentos por otras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.HealthSun.com, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los afiliados para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar), en su *Evidencia de cobertura* de 2021.

Cost	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Terapia Alternativa	Terapia Alternativa: Platelet-Rich Plasma (PRP) <u>no</u> está cubierta.	<p>Cubrimos Terapia Alternativa: Platelet-Rich Plasma (PRP).</p> <p>Usted paga \$0 copago para cada tratamiento.</p> <p>Cubrimos inyecciones de plasma rico en plaquetas (“Platelet-Rich Plasma (PRP)”) para el tratamiento del dolor de la osteoartritis para tratar o mejorar el impacto de una lesión o enfermedad. No hay límite para las partes del cuerpo que se usaría. Sin embargo, a lo sumo, el tratamiento se aplicará a cualquier parte del cuerpo, no más de tres meses consecutivos, hasta dos veces al año.</p> <p><i>Se requiere autorización previa y un referido.</i></p>

Cost	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios dentales integrales	<p>Coronas <u>no</u> están cubiertos. Endodoncias <u>no</u> están cubiertos. Escalado/cepillado de raíz <u>no</u> está cubierta.</p> <p>Este plan cubre desbridamiento de boca completa. Este plan cubre dentadura postiza parcial</p> <p>Este plan cubre prótesis superior total.</p> <p>Este plan cubre prótesis inferior total.</p> <p>Este plan cubre servicios restaurativos: relleno de resina en dientes anteriores y amalgama hasta 4 superficies. Este plan cubre extracciones: extracción simple realizada por un dentista general.</p> <p>Usted paga \$0 copago para los servicios dentales. Su cobertura máxima anual para servicios dentales es \$4,000.</p>	<p>Este plan cubre hasta dos (2) coronas cada año. Este plan cubre hasta dos (2) endodoncias cada año. Este plan cubre una (1) escalado / cepillado de raíz cada cuadrante cada año. Este plan cubre una (1) desbridamiento de boca completa cada 24 meses consecutivos. Este plan cubre una (1) dentadura parcial cada tres (3) años. Este plan cubre una (1) prótesis superior total cada tres (3) años. Este plan cubre una (1) prótesis inferior total cada tres (3) años. Este plan cubre hasta cuatro (4) servicios restaurativos cada año.</p> <p>Este plan cubre hasta cuatro (4) extracciones cada año.</p> <p>Usted paga \$0 copago para los servicios dentales. Su cobertura máxima anual para servicios dentales es \$4,000.</p>
Equipo médico duradero (DME) - Ácidos Hialurónicos	<p>Este plan cubre todas las marcas de Ácidos Hialurónicos.</p> <p>Usted paga \$0 copago para los Ácidos Hialurónicos. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p>	<p>Este plan cubre las siguientes marcas de Ácidos Hialurónicos: DUROLANE, EUFLEXXA, SUPARTZ, and Gel-SYN-3. Otras marcas están cubiertas solo si el proveedor lo considera médicamente necesario.</p> <p>Usted paga \$0 copago para los Ácidos Hialurónicos. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p>
Cuidado de emergencia/ urgencia – Cobertura mundial	<p>El cuidado de urgencia mundial y el transporte de emergencia mundial <u>no</u> están cubiertos. Este plan cubre cuidado de emergencia mundial. Su cobertura máxima anual para el cuidado de emergencia mundial es \$50,000. Usted paga \$0 de copago para el cuidado de emergencia mundial.</p>	<p>Este plan cubre el cuidado de emergencia mundial, de urgencia mundial, y el transporte de emergencia mundial. Su cobertura máxima anual para cuidado de emergencia/urgencia mundial es \$100,000 Usted paga \$0 de copago para el cuidado de emergencia mundial, el cuidado de urgencia mundial, y el transporte de emergencia mundial.</p>
Programa de alimento	<p>Este plan cubre hasta 42 comidas nutritivas y precocinadas congeladas (hasta 3 por día) entregadas sin costo por 14 días en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de una hospitalización en un hospital o centro de enfermería. • Como parte de un Programa de evaluación y apoyo nutricional con la aprobación del médico para ayudar a establecer una dieta necesaria para una condición crónica. <p>Usted paga \$0 de copago para este beneficio. <i>Se requiere autorización previa y un referido.</i></p>	<p>Este plan cubre hasta 42 comidas nutritivas y precocinadas congeladas (hasta 3 por día) entregadas sin costo por 14 días en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de una hospitalización en un hospital o centro de enfermería. <p>Usted paga \$0 de copago para este beneficio. <i>Se requiere autorización previa y un referido.</i></p>

Cost	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Usted paga el 0% del costo de los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare administrados en un centro médico.</p> <p>Usted paga el 20% del costo de los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare administrados en el consultorio de un médico, farmacia, o en un hospital como servicio ambulatorio.</p> <p>La terapia escalonada requiere que pruebe primero otro medicamento para tratar su condición médica antes de que el Plan cubra el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.</p> <p>Estas instancias pueden incluir lo siguiente: Medicamento de la Parte B antes de otro de la Parte B.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga el 0% del costo de los medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare administrados en un centro médico.</p> <p>Usted paga el 20% del costo de los medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare administrados en el consultorio de un médico, farmacia, o en un hospital como servicio ambulatorio.</p> <p>La terapia escalonada requiere que pruebe primero otro medicamento para tratar su condición médica antes de que el Plan cubra el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.</p> <p>Estas instancias pueden incluir lo siguiente: Medicamento de la Parte B antes de otro de la Parte B; Medicamento de la Parte D antes de un de la Parte B; o Medicamento de la Parte B antes de un de la Parte D.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>
Beneficio Suplementario Especial para quienes tienen enfermedades crónicas (“Comidas Saludables”)	<p>El Beneficio Suplementario Especial para quienes tienen enfermedades crónicas <u>no</u> está cubierto.</p>	<p>Este plan cubre el Beneficio Suplementario Especial para quienes tienen enfermedades crónicas.</p> <p>Usted paga \$0 copago para comidas suplementarias aprobado por el plan.</p> <p>Hasta 15 comidas cada mes (1 por día); para un total máximo de 180 comidas por año calendario.</p> <p>Los afiliados pueden ser elegibles para beneficios suplementarios para los enfermos crónicos en función de los criterios clínicos que califican de una condición crónica según lo determine su médico. La participación en un programa de administración de la atención y una evaluación nutricional son requisitos previos.</p> <p><i>Se requiere una autorización previa y un referido.</i></p>
Terapia de Masajes	<p>El Masaje terapéutico <u>no</u> está cubierto</p>	<p>Este plan cubre el Masaje terapéutico.</p> <p>Usted paga \$0 copago para cada visita.</p> <p>Hasta 24 visitas para el masaje terapéutico cada año.</p> <p><i>Los servicios deben ser ordenados por un médico o profesional médico.</i></p>
Transporte	<p>Este plan cubre viajes ilimitados a una ubicación aprobada por el plan. El modo de transporte: van.</p> <p><i>Se requiere autorización previa y un referido.</i></p>	<p>Este plan cubre viajes ilimitados a una ubicación aprobada por el plan. El modo de transporte: van, taxi, servicios de viaje compartido y / o autobús.</p> <p><i>Se requiere autorización previa y un referido.</i></p>

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los afiliados actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios para los **afiliados**.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los afiliados y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Si usted permanece en el mismo Plan y está en un medicamento como resultado de una excepción del año previo, puede continuar recibiendo esa excepción en el próximo año del Plan. Si el Plan no cumple con la excepción después del fin de año, le notificaremos por escrito por lo menos 60 días antes del fin del año de beneficios actual y hará uno de los siguientes:

1. Le ofrecemos una solicitud de excepción para el próximo año del plan
2. Le daremos un suministro temporal del medicamento solicitado al comienzo del año del plan y luego le informaremos por escrito que debe cambiar a un medicamento del formulario que es terapéuticamente apropiado o obtener una excepción para continuar de tomar el medicamento solicitado.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en nuestro sitio web según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso**. Nosotros enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de

sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre del 2020, llame a Servicios para los afiliados y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web en www.HealthSun.com. También puede revisar la Evidencia de cobertura para ver si le afectan otros cambios de beneficios o costos. También puede llamar a Servicios para Afiliados para pedirnos que le enviemos una Evidencia de Cobertura por correo.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	El deducible es de \$435. Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por medicamentos en Nivel 6 y el costo total de los medicamentos en Niveles 1, 2, 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	El deducible es de \$445. Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por medicamentos en Nivel 6 y el costo total de los medicamentos en Niveles 1, 2, 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coaseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i> . Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares: Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga 25% del costo total. Nivel 2 Medicamentos genéricos: Usted paga 25% del costo total. Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos: Usted paga 25% del costo total. Nivel 4 Medicamentos no preferidos: Usted paga 25% del costo total. Nivel 5 Medicamentos de especialidad: Usted paga 25% del costo total. Nivel 6 Medicamentos suplementarios: Usted paga \$0 por receta.	Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares: Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga 25% del costo total. Nivel 2 Medicamentos genéricos: Usted paga 25% del costo total. Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos: Usted paga 25% del costo total. Nivel 4 Medicamentos no preferidos: Usted paga 25% del costo total. Nivel 5 Medicamentos de especialidad: Usted paga 25% del costo total. Nivel 6 Medicamentos suplementarios: Usted paga \$0 por receta.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,020 , pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130 , pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los afiliados no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en HealthSun MediMax (HMO)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como afiliado en nuestro HealthSun MediMax (HMO).

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo afiliado de nuestro plan durante 2021, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- O BIEN, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación Medicare & You 2021 (Medicare y Usted 2021), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en HealthSun MediMax (HMO).
- Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en HealthSun MediMax (HMO).
- Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los afiliados (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa de asistencia de seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama SHINE.

SHINE es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHINE pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con SHINE llamando al 1 (800) 963-5337 o TDD/TTY at 1 (800) 955-8770. Para obtener más información sobre SHINE visite su sitio web (www.floridashine.org).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 am and 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra la SIDA del Departamento de Salud de Florida. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a 1 (800) 352-2437 (1-800-FLA-AIDS) para Inglés, 1 (800) 545-7432 (1-800-545-SIDA) para Español y 1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) para Creole. Usuarios de TTY deben llamar al 1 (888) 503-7118.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de HealthSun MediMax (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los afiliados al (305) 447-4458 o 1 (877) 336-2069. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1 (877) 206-0500). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas siete días a la semana de 8 am a 8 pm. Llamadas a este número son gratis.

Lea su Evidencia de cobertura de 2021 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este Aviso anual de cambios le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener detalles, consulte la Evidencia de cobertura de 2021 para HealthSun MediMax (HMO). La Evidencia de cobertura es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Puedes encontrar una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en www.HealthSun.com. Usted puede revisar la *Evidencia de cobertura* para ver si otros beneficios o cambios de costo le afectaran. También puede llamar a Servicios para Afiliados para pedirnos que le enviemos una Evidencia de Cobertura por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.HealthSun.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Lea Medicare & You 2021 (Medicare y Usted 2021)

Usted puede leer el manual Medicare & You 2021 (Medicare y Usted 2021). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Notice of Non-Discrimination

HealthSun Health Plans complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. HealthSun does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

- 1) HealthSun provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters.
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- 2) HealthSun provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact our Member Services Department at 877-336-2069. TTY 877-206-0500. If you believe that HealthSun has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Grievance Department
3250 Mary Street, Suite 400,
Coconut Grove, FL 33133,
T. 877-336-2069 (TTY: 877-206-0500)
F. 305-234-9275
E-mail: HScivilrights@healthsun.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Member Services is available to help you. You can also file a civil rights complaint electronically with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 800-368-1019, (TDD: 800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Discriminación Es Contra La Ley

HealthSun Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. HealthSun no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

- 1) HealthSun proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- 2) HealthSun proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - intérpretes capacitados
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, llame a nuestro departamento de Servicios al Miembro al teléfono 877-336-2069. TTY 877-206-0500. Si considera que HealthSun no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al siguiente:

Departamento de Quejas
3250 Mary Street, Suite 400,
Coconut Grove, FL 33133,
T. 877-336-2069 (TTY: 877-206-0500) F. 305-234-9275
E-mail: HScivilrights@healthsun.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el departamento de Servicios al Miembro está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios de EE. UU. de manera electrónica a través del Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono: U.S. Department of Health and Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 800-368-1019, (TDD: 800-537-7697). Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services / Servicios de Intérprete Multilingüe

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Kreyòl Ayisyen (French Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

繁體中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500)。

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-336-2069 (ATS: 1-877-206-0500).

Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-336-2069 (телетайп: 1-877-206-0500).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-336-2069 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-877-206-0500).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) 번으로 전화해 주십시오.

Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).

ภาษาไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).





Cómo Encontrar Información Importante del Plan

Directorio de Proveedores y Farmacias • Formulario de la Parte D (Lista de Medicinas Cubiertas) • Evidencia de Cobertura (EOC)

Visite nuestro sitio web www.HealthSun.com para ubicar la *Evidencia de cobertura* de su plan, el *Formulario de la Parte D (lista de medicamentos cubiertos)*, y el *Formulario de pedido para medicamentos sin receta (OTC)*. También puede descargar una copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias* o puede utilizar el sistema de búsqueda en línea en www.HealthSun.com/providerdirectory para buscar proveedores de la red cerca de usted o puede visitar www.HealthSun.com/es/pharmacy-finder para buscar las farmacias de la red cerca de usted. También encontrará en nuestro sitio web el Resumen de beneficios de su plan de HealthSun.

Su información del plan del año **2020** está actualmente **disponible en nuestro sitio web hasta el 31 de diciembre de 2020**.

Su información del plan del año **2021** está actualmente **disponible en nuestro sitio web desde el 1 de octubre de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2021**.

Llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) si desea que le enviemos por correo o electrónicamente cualquiera de los documentos mencionados en este aviso. También puede enviar su solicitud a MemberServicesInbox@healthsun.com.

Nuestro horario de operación desde el **1 de octubre hasta el 31 de marzo** son siete días a la semana de 8am a 8pm (cerrado el Día de Acción de Gracias y Navidad). Del **1 de abril al 30 de septiembre**, estamos disponibles de lunes a viernes de 8am a 8pm. (nuestra oficina permanecerá cerrada los días feriados federales).

HealthSun es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en HealthSun depende en la renovación del contrato. El formulario, la red de proveedores y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.