

HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) ofrecido por HealthSun Health Plans

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente, está inscrito como miembro de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican en su caso.

- 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 **1.5** y **1.6** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si lo afectan.
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con una distribución de costos diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como el requisito de aprobación de nuestra parte antes de abastecer su receta?
 - ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2022 y consulte la Sección **1.6** para obtener información acerca de los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de los medicamentos hayan aumentado desde el año anterior. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo disponibles para usted; esto puede implicar un ahorro en sus gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices), y haga clic en el vínculo “tableros de control” a mitad de la segunda Nota, en la parte inferior de la página. Estos tableros describen qué fabricantes aumentaron los precios y también contienen otra información sobre los precios de los medicamentos año a año. Recuerde 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.
 - ¿Sus médicos, incluso los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección **1.3** para obtener información acerca de nuestro *Directorio de proveedores*.
- Piense en sus gastos generales de salud.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes.

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada con el Localizador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en el dorso del manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Consulte la Sección **3.2** para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

Una vez que encuentre un plan de su preferencia, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan para el 7 de diciembre de 2021, será inscrito en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiarse a otro plan** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Consulte la Sección **3.2** en la página **11** para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan desde el **15 de octubre** hasta el **7 de diciembre de 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan para el **7 de diciembre de 2021**, será inscrito en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP).
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2022**. Su inscripción en el plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español. Este documento está disponible en español. **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).
- Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-336-2069 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500.) Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. El horario de atención desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Este documento está disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y de la Atención de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)

- HealthSun Health Plans es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en HealthSun Health Plans depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- En este folleto, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” hacen referencia a HealthSun Health Plans (Patrocinador del Plan/la Parte D). Los términos “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP).

Resumen de costos importantes para 2022

La tabla a continuación compara los costos de 2021 y los de 2022 para HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Hay una copia de la *Evidencia de Cobertura* disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com. También puede llamar a Servicios para Miembros y solicitarnos que le enviemos por correo la *Evidencia de Cobertura*. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 en concepto de deducible, visitas al consultorio médico y hospitalizaciones.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$29.50	\$34.30
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.
Hospitalización Incluye atención para pacientes hospitalizados con afecciones agudas, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con una orden del médico. El día previo al alta médica es su último día como paciente hospitalizado.	Atención para pacientes hospitalizados con afecciones agudas: \$0 por estadía. Atención de la salud mental para pacientes hospitalizados: \$0 por estadía. Centro de enfermería especializada (SNF): \$0 hasta el día 100. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.	Atención para pacientes hospitalizados con afecciones agudas: \$0 por estadía. Atención de la salud mental para pacientes hospitalizados: \$0 por estadía. Centro de enfermería especializada (SNF): \$0 hasta el día 100. Si es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	Deducible: \$435 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: 25 % • Nivel de medicamentos 2: 25 % • Nivel de medicamentos 3: 25 % • Nivel de medicamentos 4: 25 % • Nivel de medicamentos 5: 25 % • Nivel de medicamentos 6: \$0 	Deducible: \$0 Copago durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$0 • Nivel de medicamentos 4: \$0 • Nivel de medicamentos 5: \$0 • Nivel de medicamentos 6: \$0

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo de bolsillo Este es el <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 más detalles).	\$3,450 Si usted es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar los gastos de bolsillo que se computan para el cálculo del monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.	\$3,450 Si usted es elegible para recibir la asistencia para la distribución de costos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar los gastos de bolsillo que se computan para el cálculo del monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	4
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual.....	4
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de bolsillo	4
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	4
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	5
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	5
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	7
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	11
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	11
Sección 3.1 Si desea continuar con HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)	11
Sección 3.2 Si desea cambiar de plan	11
SECCIÓN 4 Cambio de plan.....	12
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	12
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	12
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	13
Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP).....	13
Sección 7.2 Obtenga ayuda de Medicare	13
Sección 7.3 Obtenga ayuda de Medicaid	14

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B; excepto que Medicaid la pague por usted).	\$29.50	\$34.30

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes médicos limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite es el “monto máximo de 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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo de bolsillo Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez este máximo de bolsillo. Si es elegible para recibir la asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el cálculo del monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo de bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos recetados no se consideran para el monto máximo de bolsillo.	\$3,450 <i>No hay cambios para el próximo año de beneficios.</i>	\$3,450 Una vez que haya pagado este monto, no pagará nada por los 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

El próximo año, habrá cambios en nuestra red de proveedores. El *Directorio de proveedores* actualizado se encuentra disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo el *Directorio de proveedores*. **Revise el Directorio de proveedores de 2022 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversos motivos por los cuales su proveedor podría abandonar su plan. En caso de que su médico o especialista ya no trabaje con nosotros, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos facilitarle el acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible por enviarle un aviso con al menos 30 días de antelación para informarle que su proveedor dejará nuestro plan, de modo que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa dicho tratamiento médicamente necesario, y nosotros procuraremos garantizar que así sea.

- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para sustituir a su proveedor anterior o que no estamos administrando debidamente su atención médica, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que el médico o especialista que lo atiende dejará el plan, contáctenos para que podamos ayudarlo a encontrar otro.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados 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. El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. El *Directorio de farmacias* actualizado está disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo el *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias de 2022* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Recuerde que el *Aviso anual de cambios* contiene los cambios en sus beneficios y costos de Medicare. Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué debe pagar)*, en su *Evidencia de Cobertura de 2022*. Hay una copia de la *Evidencia de Cobertura* disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo la *Evidencia de Cobertura*.

Servicios del Programa de Tratamiento por Uso de Opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios para tratarlo mediante el Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:

- Medicación para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.
- Suministro y administración de los medicamentos MAT, si corresponde.
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Prueba de toxicología.
- Actividades de recepción.
- Evaluaciones periódicas.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios dentales integrales	Los implantes dentales <u>no</u> están cubiertos. \$4,000 es el beneficio máximo del plan cubierto por año para los servicios dentales preventivos e integrales combinados. <i><u>No se requiere autorización previa para los servicios dentales integrales.</u></i>	Cubrimos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta dos implantes dentales por año • Hasta dos coronas por año • Hasta dos tratamientos de conducto por año • Un raspado/cepillado radicular por cuadrante por año • Un desbridamiento de boca completa cada 24 meses • Una prótesis superior completa cada tres años • Una prótesis inferior completa cada tres años • Una dentadura postiza parcial cada tres años \$5,000 es el beneficio máximo del plan cubierto por año para los servicios dentales preventivos e integrales combinados. <i><u>Se requiere autorización previa para los servicios dentales integrales.</u></i>
Tarjeta de comestibles saludables	<u>No</u> se ofrece una tarjeta de comestibles saludables.	Ofrecemos una tarjeta de comestibles saludables. \$50 por mes para comprar alimentos. Los miembros recibirán una asignación mensual mediante una tarjeta de débito. Los montos no utilizados no pasarán al próximo mes o año. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> de 2022 para más detalles.
Servicios de apoyo en el hogar	El apoyo en el hogar <u>no</u> está cubierto.	Cubrimos servicios de apoyo en el hogar. Hasta 30 horas por año calendario de acompañamiento y ayuda para las actividades de la vida diaria, como ayuda con tareas livianas, recados, soporte técnico y más. Se debe utilizar el proveedor contratado del plan.
Artículos de venta libre (OTC)	\$76 por mes para artículos de OTC aprobados por el plan.	\$100 por mes para artículos de OTC aprobados por el plan.
Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)	El Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) <u>no</u> está cubierto.	Cubrimos el Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS). Una unidad cubierta por miembro e incluye el servicio y dispositivo de monitoreo.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI): Comidas saludables	Una comida por día, hasta 15 comidas por mes.	Una comida por día, hasta 20 comidas por mes.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI): Cuidado de la higiene personal	El cuidado de la higiene personal <u>no</u> está cubierto.	Cubrimos el cuidado de la higiene personal hasta \$25 por mes para el mantenimiento de rutina del cabello y cuero cabelludo (lavado/corte), y de las manos y los pies (tratamiento de uñas).
Servicios de telesalud adicionales	El servicio de telesalud adicional no está cubierto.	Cubrimos servicios de telesalud adicionales. Ciertos servicios están cubiertos con un proveedor participante. Los servicios comprenden servicios de PCP, sesiones individuales relacionadas con servicios de psiquiatría o con especialistas en salud mental, y otros servicios de profesionales de atención médica.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia digital de nuestra Lista de medicamentos.

Modificamos nuestra Lista de medicamentos, incluidos los medicamentos que cubrimos y 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 lo afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Hable con su médico (u otro profesional que recete) y solicítele al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento. Les sugerimos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del año próximo.
 - Para saber qué debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos])* o llame a Servicios para Miembros.
- **Hable con su médico (o profesional que recete) para encontrar otro medicamento** que tenga cobertura. Puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.

En algunos casos, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en el formulario los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar la interrupción de la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura). Durante el periodo en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción y que cubra su medicamento actual.

Si continúa en el mismo plan y toma un medicamento por una excepción del año del plan anterior, puede continuar con esa excepción en el año del plan siguiente. Si el plan no considera la excepción una vez finalizado el año de beneficios, le notificaremos por escrito al menos 60 días antes de que finalice el año de beneficios actual, y le daremos una de las siguientes opciones:

1. Ofreceremos procesar una solicitud de excepción para el año del plan siguiente.
2. Le daremos un suministro temporal del medicamento solicitado al comienzo del año del plan. Luego le indicaremos por escrito que debe cambiar el medicamento por otro adecuado para la terapia que esté incluido en el formulario o que debe obtener una excepción para continuar tomando el medicamento solicitado.

Las excepciones actuales al formulario se cubrirán hasta que finalice el año calendario. Deberá presentar una nueva solicitud para que esté cubierto el siguiente año calendario.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer cambios contemplados por las normas de Medicare.

Si modificamos la Lista de medicamentos durante el año, usted igualmente puede hablar con su médico (u otro profesional que receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos demás información requerida a fin de reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los posibles cambios en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6, de la Evidencia de Cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Extra ["Extra Help"]), **es posible que la información sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un encarte adicional denominado "Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen ayuda extra para pagar los medicamentos recetados" (también conocida como "cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos" o "LIS Rider"), donde se le explican los costos de los medicamentos. Si usted recibe Ayuda Extra y no recibió este encarte con este paquete o no lo recibió antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para Miembros y solicite la "cláusula LIS".

Existen cuatro "etapas de pago de un medicamento". El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre.

La siguiente información muestra los cambios en las primeras dos etapas para el próximo año: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la etapa sin cobertura o la etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual En esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el monto del deducible anual.</p>	<p>El monto del deducible es de \$0 o \$92, según el nivel de Ayuda Extra (“Extra Help”) que reciba. (Consulte el encarte aparte, la “cláusula LIS”, para conocer el monto del deducible).</p>	<p>El monto del deducible es de \$0. Como usted recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare para pagar los medicamentos recetados de la Parte D, esta etapa de pago no se aplica a su caso.</p>

Cambios en su distribución de costos durante la etapa de cobertura inicial

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el monto del deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro para un mes (30 días) cuando abastece su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener información sobre un suministro a largo plazo o recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 5, Secciones 2.3 y 2.4 de la <i>Evidencia de Cobertura de 2022.</i></p> <p>Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos cambiaron de nivel, fíjese en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por el suministro de un mes abastecido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos especializados: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos complementarios: Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que el total de costos de medicamentos alcance los \$4,130, pasará a la próxima etapa (la etapa sin cobertura).</p>	<p>No paga copago por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <hr/> <p>Una vez que el total de costos de medicamentos alcance los \$4,430, pasará a la próxima etapa (la etapa sin cobertura).</p>

Cambios en las etapas sin cobertura y de cobertura catastrófica

Las etapas sin cobertura y de cobertura catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna de estas etapas.**

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Programa de directivas anticipadas	Este plan <u>no</u> ofrece un servicio de planificación anticipada.	Tendrá acceso a un recurso de planificación de atención médica anticipada en línea.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 Si desea continuar con HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)

Para continuar con nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare para el 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro plan HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP).

Sección 3.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan en 2022; pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan médico de Medicare.
- O bien puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información acerca de Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Localizador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan médico de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Su inscripción en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, tiene dos opciones:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - O bien comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados independiente de Medicare, Medicare lo podrá inscribir en un plan de medicamentos, salvo que haya renunciado a la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio de plan

Si desea cambiarse a otro plan 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.º de enero de 2022.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertos casos, también se permite hacer cambios en otro momento del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben Ayuda Extra (“Extra Help”) para pagar sus medicamentos, las que dejaron o dejarán la cobertura por el empleador y las que se mudan fuera del área de servicio pueden tener la opción de realizar un cambio en otro momento del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2022, y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama SHINE (Sirviendo a las Necesidades de Seguro de Salud de las Personas Mayores).

El SHINE es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía de seguro ni plan médico). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguro de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a quienes tienen Medicare. Los asesores del SHINE pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a entender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337 (TTY: 1-800-955-8770). Obtenga más información sobre SHINE en su sitio web www.floridashine.org.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Florida Medicaid, comuníquese con la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud (AHCA), al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afecta cómo obtiene su cobertura del programa Florida Medicaid.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare.** Si tiene Medicaid, es posible que ya esté inscrito en Ayuda Extra (“Extra Help”), también llamado “Subsidio por bajos ingresos”. El programa Ayuda Extra paga algunas de las primas del plan de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Si califica, es posible que no tenga etapa sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre Ayuda Extra, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

- **Asistencia para la distribución de costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos vitales para el VIH. Las personas deben cumplir con determinados criterios, entre ellos, comprobante de residencia en el estado y condición de portador de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y la condición de persona no asegurada/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el programa ADAP califican para la asistencia para la distribución de costos de medicamentos recetados a través del ADAP de Florida. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de Florida al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) (inglés)/1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español)/1-800-243-7101 (1-800-AIDS-101) (creole). TTY: 1-888-503-7118. También puede visitar el sitio web <http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/>.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 1-877-336-2069. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-206-0500). Estamos disponibles para recibir llamadas de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (la oficina estará cerrada el Día de Acción de Gracias y en Navidad). Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (la oficina estará cerrada los días feriados nacionales). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de Cobertura de 2022* (contiene información detallada sobre 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 2022. Para más detalles, lea la *Evidencia de Cobertura de 2022* de HealthSun MediSun Plus (HMO D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir servicios cubiertos y medicamentos recetados. Hay una copia de la *Evidencia de Cobertura* disponible en nuestro sitio web www.healthsun.com. También puede llamar a Servicios para Miembros y solicitarnos que le enviemos por correo la *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.healthsun.com. Recuerde que en nuestro sitio web encontrará información más actualizada acerca de la red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y la lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 Obtenga ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 (www.medicare.gov). Contiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare. Encuentre información sobre los planes disponibles en su área mediante el Localizador de planes de

Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no dispone de una copia de este folleto, puede obtenerla visitando el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 Obtenga ayuda de Medicaid

Para obtener información del Programa Medicaid de Florida, llame a la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud (AHCA) de Florida al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771.



How to Find Important Plan Information

Provider and Pharmacy Directory • Part D Formulary (List of Covered Drugs) • Evidence of Coverage (EOC)

Please visit our website at www.HealthSun.com to locate your plan's *Evidence of Coverage, Part D Formulary (list of covered drugs)*, and *OTC Formulary Order Form*. You can also download a copy of the *Provider and Pharmacy Directory* or you can use the online searchable directory to find network providers near you or to find the network pharmacies near you. You will also find on our website your plan's Summary of Benefits.

Your plan information for **2022** is **available on our website from October 1, 2021 until December 31, 2022**.

Please call our Member Services Department at 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500) if you would like any one of the documents mentioned in this notice mailed to you or sent electronically. You can also e-mail MemberServicesInbox@healthsun.com.

Our hours of operation from **October 1st through March 31st** are seven days a week from 8am to 8pm (closed on Thanksgiving and Christmas Day). During **April 1st until September 30th** we are available Monday through Friday from 8am to 8pm (our office will be closed on federal holidays).

HealthSun Health Plans is a HMO plan with a Medicare contract and a Medicaid contract with the State of Florida Agency for Health Care Administration. Enrollment in HealthSun Health Plan depends on contract renewal. The formulary, pharmacy network, and/or provider network may change at any time. You will receive notice when necessary.



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 para buscar proveedores de la red cerca de usted o para buscar las farmacias de la red cerca de usted. También encontrará en nuestro sitio web el Resumen de beneficios de su plan.

Su información del plan del año **2022** está actualmente **disponible en nuestro sitio web desde el 1 de octubre de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2022.**

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 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 y un contrato de Medicaid con la Agencia de Administración de la Atención de la Salud (Agency for Health Care Administration) del estado de Florida. 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.

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, or TTY at 711. 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
9250 W Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174
T. 877-336-2069 (TTY: 711) 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>

Aviso de no discriminación

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 Afiliado al teléfono 877-336-2069, o TTY al 711. 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
9250 W Flagler Street, Suite 600
Miami, FL 33174
T. 877-336-2069 (TTY: 711) 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 Afiliado 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 Human Services, 200 Independence Avenue SW., 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 છો, 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).